

Tauchtauglichkeits - Untersuchung

TEILNEHMER - ANGABEN (vertraulich)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

A. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE - BITTE ZUTREFFENDE PUNKTE ANKREUZEN

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 1. Frühere Taucherfahrung | ☐ 13. Epilepsie | ☐ 24. Bestehende Schwangerschaft |
| ☐ 2. Weitere sportliche Aktivitäten | ☐ 14. Herz-Probleme | ☐ 25. Bluthochdruck |
| ☐ 3. EKG gemacht | ☐ 15. Chronischer Husten | ☐ 26. Raucher |
| ☐ 4. Probleme beim Druckausgleich | ☐ 16. Häufige Kopfschmerzen | ☐ 27. Alkohol-/Drogenproblem |
| ☐ 5. Schwindel oder Ohnmacht | ☐ 17. Ärztliches Verbot bestimmter Tätigkeiten | ☐ 28. Bewegungs-Störungen |
| ☐ 6. Psychische Probleme | ☐ 18. Ohren-Probleme | ☐ 29. Klaustrophobie |
| ☐ 7. Kürzliche Operation oder Krankheit | ☐ 19. Heuschnupfen | ☐ 30. Nervenzusammenbruch |
| ☐ 8. Krankenhausaufenthalte | ☐ 20. Asthma | ☐ 31. Diabetes |
| ☐ 9. Ernsthafte Verletzungen | ☐ 21. Nebenhöhlen-Probleme | ☐ 32. Brille oder Kontaktlinsen |
| ☐ 10. Körperbehinderung | ☐ 22. Tuberkulose | ☐ 33. Hör-Schwierigkeiten |
| ☐ 11. Regelm. Medikamenteneinnahme | ☐ 23. Atem-Probleme | ☐ 34. Schmerzen in der Brust |
| ☐ 12. Allergien, auch Medikamente | | ☐ 35. Sonstige medizinische Probleme |

B. Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhaus-Aufenthalte: _____

C. Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente: _____

D. Letzte ärztliche Untersuchung: _____ Lunge letztmals geröntgt am: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

AN DEN ARZT

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdrucks sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.

Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten angeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik "Bemerkungen".

A. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

B. ÄRZTLICHE STANDARD - UNTERSUCHUNG

- C. BESONDERS BEACHTEN:
- ☐ Ohren/Nebenhöhlen
 - ☐ Atemsystem/Lunge
 - ☐ Herz - Kreislaufsystem
 - ☐ Körperliche Fitneß
 - ☐ Emotionale und psychische Stabilität

BEMERKUNGEN:

☐ TAUGLICH ☐ NICHT TAUGLICH FÜR DAS TAUCHEN MIT PRESSLUFTGERÄT

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____