

# MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN



nach den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, Gentner-Verlag.



Untersuchender Arzt  
Adresse / Stempel: \_\_\_\_\_

## PERSONALIEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.): \_\_\_\_\_  
Telefon, Fax (dienstl./privat): \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

## SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten Sie jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was/wann):

\_\_\_\_\_  
(z. B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Bisherige **Tauchgänge** (Anzahl): \_\_\_\_\_

**Tauchverfahren** (Art/Häufigkeit):

\_\_\_\_\_  
(z. B. Rebreather- oder Mischgastauen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige **Sportarten** (was/wie oft): \_\_\_\_\_

**Teil A** \_\_\_\_\_

## KRANKHEITSVORGESCHICHTE

**GESAMTE** Vorgeschichte

oder

**ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: \_\_\_\_\_  
(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

**Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwere Verletzungen oder Unfälle?** (was/wann):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was/wann):**

**- Kopf, Gehirn, Nervensystem:**

(Schädelhirnverletzung, incl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbago, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen)

**- Psyche:**

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

**- Augen:**

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen)

**- Nase, Nasennebenhöhlen:**

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

**- Ohren:**

(Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

**- Atmungsorgane:**

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)

**- Herz-Kreislauf-System:**

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

**- Verdauungsorgane:**

(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche)

**- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:**

(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine)

**- Haut, Knochen, Gelenke:**

(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen)

**- Stoffwechsel::**

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen)

- bei Frauen: **Schwangerschaft ?** \_\_\_\_\_

Hatten Sie **fiebrhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was/wann): \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten, Fehler** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann): \_\_\_\_\_

Wieviel **Alkohol** trinken Sie? (Art/Menge) \_\_\_\_\_ **Rauchen** Sie? (Art/Menge): \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie?: \_\_\_\_\_

Letzte **Röntgenaufnahme d. Lunge** (wann/wo): \_\_\_\_\_

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-Ekg** (wann/wo): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften, Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_