



# Tauchtauglichkeitsuntersuchung

Teilnehmerangaben (vertraulich)

Name, Vorname.....geb. am. ....

Anschrift (Straße, Nr. , PLZ/Ort).....

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

(Bitte zutreffende Punkte ankreuzen)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> frühere Taucherfahrung             | <input type="checkbox"/> Epilepsie                             | <input type="checkbox"/> Chronischer Husten       |
| <input type="checkbox"/> weitere sportliche Aktivitäten     | <input type="checkbox"/> Herz-Probleme                         | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck            |
| <input type="checkbox"/> EKG gemacht                        | <input type="checkbox"/> chronische Erkältung                  | <input type="checkbox"/> Raucher                  |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Druckausgleich       | <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen                 | <input type="checkbox"/> Alkohol / Drogenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schwindel / Ohnmacht               | <input type="checkbox"/> ärztl. Verbot von<br>Tätigkeiten      | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen       |
| <input type="checkbox"/> psychische Probleme                | <input type="checkbox"/> Klaustrophobie                        | <input type="checkbox"/> Nervenzusammenbruch      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Ohrenprobleme                         | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen             |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte             | <input type="checkbox"/> ernste Verletzungen                   | <input type="checkbox"/> Asthma                   |
| <input type="checkbox"/> Sehhilfen (Brille / Kontaktlinsen) | <input type="checkbox"/> Körperbehinderung                     | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme      |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit                    | <input type="checkbox"/> häufige<br>Medikamenteneinnahme       | <input type="checkbox"/> Tuberkulose              |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust             | <input type="checkbox"/> Allergien, auch gegen<br>Medikamente  | <input type="checkbox"/> Atemprobleme             |
| <input type="checkbox"/> andere medizinische Probleme       | <input type="checkbox"/> kürztl. Operationen o.<br>Krankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit          |

Ernsthafte Krankenhausaufenthalte

.....

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente

.....

## AN DEN ARZT

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit dem Preßlufttauchgerät. Dies ist mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdruckes sowie physischen und psychischen Belastungssituationen verbunden.

Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung für das Tauchen in der Rubrik „Bemerkungen“.

- A Medizinische Vorgeschichte  
B Ärztliche Standarduntersuchung  
C Besonders beachten:

Ohren / Nebenhöhlen  
Atemsystem / Lunge  
Herz- Kreislaufsystem  
Körperliche Fitness  
Emotionale und psychische Stabilität

- tauglich für das Tauchen mit und ohne  
Presslufttauchgerät  
 nicht tauglich

Bemerkungen:

Datum :.....

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes