



Verband Deutscher Sporttaucher e.V.

Berliner Str. 312 – 63067 Offenbach
Tel.: 069-981902-5 – Fax: 069-981902-98
Internet: www.vdst.de eMail: Info@vdst.de



Tauglichkeits-Untersuchung für Sporttaucher

nach den Richtlinien (Ausgabe 1998) der GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.,
ergänzende Erläuterungen in den Richtlinien, erhältlich über das Sekretariat der GTÜM e.V.

Untersuchender Arzt

Adresse / Stempel: _____

PERSONALIEN:

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: ____ / ____ / ____

Adresse: _____ Beruf: _____

Telefon, Fax, (dienstl. / privat): _____

Hausarzt: _____

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten sie jemals einen Zwischenfall beim Tauchen oder einen Tauchunfall? (Datum/Art):

(z.B.: Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Bisherige Tauchgänge (Anzahl): _____

Tauchverfahren (Art und Häufigkeit):

(z.B.: Rebreather- oder Mischgastauchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige sportliche Betätigung (was / wie oft): _____

Teil A: _____

KRANKENVORGESCHICHTE

GESAMTE Vorgeschichte

oder

ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____

(Nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt!)

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

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

- **KOPF, GEHIRN, NERVENSYSTEM:**

(Schädelhirnverletzungen, inkl. 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, Panikattacken, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

- **Augen:**

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

- **Nase, Nasennebenhöhlen:**

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

- **Ohren:**

(Mittelohrentzündung, Gehörgangentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

- **Atmungsorgane:**

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot und / oder Husten 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, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

- **Stoffwechsel:**

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

- **bei Frauen: Schwangerschaft?** _____

Hatten sie **fieberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was / wann)

Hatten oder haben sie sonstige **Krankheiten, Fehler** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?

(was / wann): _____

Wie viel **Alkohol** trinken Sie? (Art/ Menge): _____ **Rauchen** sie? (Art/ Menge): _____

Welche **Medikamente** nehmen sie? (Art/ Menge): _____

Letzte **Röntgenaufnahme** der **Lunge**? (wo / wann): _____

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-EKG**? (wo / wann): _____

Datum: _____ Unterschriften, Proband: _____ Arzt: _____