

Tauchtauglichkeitsuntersuchung
- von der zu untersuchenden Person vorab auszufüllen -

Personalien

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Beruf:
Tel.:
eMail:
Hausarzt:

Tauchsporterfahrung

Anfänger: <input type="checkbox"/>	Gerätetauchen seit:	letzter TG:	Ca. Tauchgänge insg.:	
OWD, CMAS* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AOWD, CMAS ** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Divemaster, CMAS *** <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tauchlehrer <input type="checkbox"/>	Berufstaucher <input type="checkbox"/>

Hatten Sie jemals einen Tauchunfall/ Tauchzwischenfall? (z.B: Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss) Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Gibt es sonstige Besonderheiten bei zurückliegenden Tauchgängen oder eventuell mit dem Arzt zu klärende Fragen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Schmerzen nach Tauchgängen <input type="checkbox"/> Angst, Nervosität <input type="checkbox"/> Druckausgleichprobleme <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Hautveränderungen <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen <input type="checkbox"/> Erschöpfungszustände	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			
Dies ist meine erste Untersuchung bei dieser Untersuchungsstelle <input type="checkbox"/>			
Datum der vorhergehenden Untersuchung bei dieser Untersuchungsstelle? _____			
Wo fanden ggf. vorhergehende Tauchtauglichkeitsuntersuchungen statt? _____			
Besonderheiten?			

			Bemerkungen
Augen	Verordnete Brillengläser, Kontaktlinsen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Augen oder Sehproblem, erhöhter Augeninnendruck?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Operationen am Auge?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
HNO	Taubheit oder Ohrgeräusche im Ohr?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Ohrausfluss oder Ohrentzündungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	OPs am Ohr, Trommelfell, o.ä.?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Gehörgangs- oder Mittelohrentzündungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Schwindelgefühl oder Gleichgewichtsstörungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Empfindlichkeit für Seekrankheit, Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Probleme beim Fliegen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Nasennebenhöhlenentzündungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	andere Nasen- oder Rachenprobleme?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Zähne	Zahnersatz/ Gebisse usw.?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	derzeitige Zahnprobleme, Kiefer Gelenkprobleme?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Nerven	häufige Kopfschmerzen / Migräne?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Bandscheibenvorfälle, Nervenschmerzen, -lähmungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Schwächegefühl oder Ohnmachtsanfälle?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Krämpfe, Anfälle oder Krampfleiden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	jemals bewusstlos gewesen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Gehirnerschütterungen oder Kopfverletzungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	stärkere Depressionen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Platzangst?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	psychische Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Herz Kreislauf	Herzerkrankungen, -fehler, -entzündungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Auffälligkeiten bei Blutuntersuchungen, Thrombosen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Auffälligkeiten bei einem EKG?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Durchblutungsstörungen, Venenerkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	bekannter, zu hohen Blutdruck?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	rheumatisches Fieber?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Brustbeklemmung oder Kurzatmigkeit bei Belastung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Lunge	Bronchitis oder Lungenentzündung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Rippenfellentzündung, Brustschmerzen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Husten mit Eiter oder Blut?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	chronischer oder dauerhafter Husten?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Tuberkulose, andere Lungenerkrankungen, Tumore?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Pneumothorax/zusammengefallene Lunge?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Asthma oder Lungenpfeifen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Benutzen Sie ein Inhalationsspray?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	andere Beschwerden des Brustkorbes?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Operationen an Brustkorb, Lungen oder Herzen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Innere Organe	Magenverstimmung, -geschwüre, Sodbrennen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Bluterbrechen, Blut im Stuhlgang?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	häufiger Erbrechen oder Durchfall?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Gelbsucht, Leberentzündung oder Lebererkrankung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Malaria/ andere tropische Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	in den letzten Monaten starken Gewichts-	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

	verlust?		
	Hernien oder Brüche z.B. in der Leiste?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Nieren- oder Blasenerkrankungen, Zystitis?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Skelett	größere Gelenk- oder Rückenverletzungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Einschränkungen der Beweglichkeit?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Frakturen (gebrochene Knochen)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Lähmungen oder Muskelschwächen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Sonstige	andere chronische Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Allergien, besondere Empfindlichkeiten?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Diabetes, Schilddrüsenprobleme (Zuckerkrankheit, andere Stoffwechselprobleme)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Bluterkrankungen oder Blutungsprobleme?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Hauterkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	ansteckende Erkrankungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	bisher durchgeführte Operationen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Krankenhausaufenthalte?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	regelmäßig Medikamenteneinnahme?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Welche Wieviel
	Alkohol- oder Drogeneinnahme	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Größe:	Gewicht:	
COVID19	Erkrankt gewesen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Vollständiger Impfstatus?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Sind Sie derzeit krank geschrieben?		
Behinderungen/ sind Sie schwerbehindert ?		
Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?		
Haben Sie andere Erkrankungen oder Verletzungen?		
Haben / Hatten irgendwelche Blutsverwandte		
Herzerkrankungen?		
Asthma oder Lungenerkrankungen?		
Tuberkulose?		
Nur für Frauen		
Sind Sie schwanger oder planen Sie dieses?		
Bestehen während Ihrer Periode Probleme?		

Röntgen

Datum des letzten Lungen-Röntgen:
Durchgeführt bei:
hierbei festgestellte und ihnen bekannte Befunde:

Ich habe verstanden, dass die Empfehlungen, die der untersuchende Arzt ausspricht, zum Teil erheblich auf den von mir gegebenen Auskünften zu meiner Krankheitsgeschichte beruhen.

Ich stimme zu, dass ich alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Tauchsport , inklusive der Risiken, die durch meine bestehenden Erkrankungen oder Änderungen meines Gesundheitszustandes und/oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen gegenüber dem untersuchenden Arzt bedingt sind, selber übernehme.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich autorisiere den untersuchenden Arzt, medizinische Informationen über mich bei anderen Ärzten anzufordern, wenn dies aus medizinischer Sicht für mich notwendig und in meinem Interesse sein sollte.

Ort, Datum

Unterschrift Kandidat

Ort, Datum

Unterschrift Arzt