MedizInKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

für Allgemeine und Innere Medizin

F. Dillmann, Dr.med. D. Geiger, Dr.med. H. Goebel, C. Hauf M.Sc.

Hauptbetriebsstätte: Rintheimer Straße 90, 76131 Karlsruhe

www.medizinkarlsruhe.de

Tauchsportuntersuchung vom _____

Datum

Persönliche Daten:

Name, Vorname: Geb.-Datum:

Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.):

Telefon: Hausarzt:

E-mail: Beruf:

Tauchsport-Vorgeschichte (vom Untersuchten auszufüllen):

Tauchausbildung: **Jahr:**

Bisherige Tauchgänge (Anzahl):

Tauchverfahren (Art / Häufigkeit):

(z.B. SCUBA, Nitrox, Technisches Tauchen, Höhlen-/Eis-/Wrack-Tauchen, Apnoe, Tauchausbilder, Einsatztaucher)

Sonstige Sportarten:

Schwimmen: ☐ Schwimmer ☐ Nichtschwimmer

Krankheitsvorgeschichte/ bisherige Beschwerden und Erkrankungen:

Erkankungen in der Familie:

(z.B. plötzl. Todesfälle, vererbl. Krankheiten, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit Komplikationen während Schwangerschaft u. Geburt, Krankenhausaufenthalte als Kleinkind, etc.9)

Krankenhausbehandlungen, Operationen, schwere Verletzungen, Unfälle, Knochenbrüche (was / wann / wo):

Hatten Sie jemals einen Tauchzwischenfall oder Tauchunfall? (was/wann): (Deko-Unfall mit Schmerzen, Gefühlsstörungen, Hautsymptome nach Tauchen, Gasembolie, Panikreaktion, Tiefenrausch, Erschöpfung, extreme Müdigkeit, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen, etc.?)

Kopf, Gehirn, Nervensystem: (Schädelhirnverletzung, inkl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, Blackout, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Hexenschuss, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen, etc.?)

Psyche: (Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen / auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression / depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen, ADS/ADHS, Burnout, Höhenangst, Abhängigkeit von Drogen, Alkohol oder Medikamenten, Behandlungen bei Psychiater / Neurologen, etc.?)

Augen: (Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, Stärke der Visuskorrektur, erhöhter Augeninnendruck, Laser-OP, gestörtes Farbensehen, etc.?)

Nase, Nasennebenhöhlen: (häufige Erkältungen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen, etc.?)

Ohren: (Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Paukenröhrchen, Ohrinfektionen, etc.?)

Zähne: (Zahnprobleme, Prothesen, etc.?)

Atmungsorgane: (Tuberkulose, Lungen-/Rippenfell-Entzündung, Asthma, chron. Bronchitis, Pneumothorax, Atemnot bei Anstrengung/kalter Luft, Brustkorb-OP, Blutspucken, etc.?)

Herz-Kreislauf-System: (Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Operationen, Thrombosen, Embolien, etc.?)

Verdauungsorgane: (Aufstoßen/Sodbrennen, Magen-/Zwölffingerdarm-Geschwür, Koliken, Bauchwand-/ Leistenbruch, Gallensteine, chron. Darm-Erkr., Neigung zu Durchfällen, etc.?)

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane: (Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, urologische OPs / gynäkologische OPs, etc.?)

Knochen, Gelenke: (Rheumatisches Fieber, Gelenksentzündungen, Arthrosen, Ischias, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, Knochenbrüche, Bewegungseinschränkungen, Unfallfolgen, etc.?)

Muskulatur: (angeborene oder erworbene Muskelschwäche, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, etc.?)

Haut: (Hauterkrankungen, Ausschläge, Entzündungen, Pilzerkrankungen, allergische Reaktionen, etc.?)

Stoffwechsel: (Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse / Nebenniere, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, etc.?)

Aktueller Gesundheitsstatus (vom Untersuchten auszufüllen):

Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen oder sonstige Infektionskrankheiten in den letzten Monaten? (was/wann):

Hatten oder haben Sie sonstige Krankheiten oder Beschwerden – auch solche, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? (was/wann; z.B. Krebs-Erkrankungen):

Sind Sie aktuell oder waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Untersuchung oder Behandlung?

Trinken Sie Alkohol? (Art/Menge: nie/gelegentlich/regelmäßig):

Rauchen Sie? (Art/Menge):

Nehmen Sie Medikamente/Drogen/ Nahrungsergängzungsmittel? (Was? Wie viel? Regelmäßig/gelegentlich?):

Allergien (evtl. Medikamenten-Nebenwirkungen)?:

Frauen: besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge (wann / wo / weshalb):

Letztes Ruhe- oder Belastungs-Ekg (wann / wo / weshalb):

Letzte Tauchtauglichkeits-Untersuchung (wann / wo):

Ich erkläre, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

_____ _____

Datum, Unterschrift des Untersuchten

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Körperliche Untersuchung (wird vom Arzt ausgefüllt):

Name, Vorname:

Geb.-Datum: **Alter:**

Größe: cm **Gewicht:** kg **BMI:** **Bauchumfang:** cm

Allgemeinzustand: (Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen, Gewichtsänderung in letzter Zeit, etc.?)

Haut: (Dermatosen, allergische Erscheinungen, Pilzerkrankungen, etc.?)

Augen: (Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l (nicht korrigiert / korrigiert), bei Brillenträgern Dioptriezahl, etc.?)

Nase, NNH: (unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis, etc.?)

Ohren: (Gehörgänge, Trommelfellbefunde: Perforation? Atrophe Narbe? Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? Tubendurchgängigkeit? Hörvermögen r / l, etc.?)

Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum: (Zahnstatus, chron. Tonsillitis/ Pharyngitis, etc.?)

Hals : (Struma, Lymphknotenvergrößerung, Carotisstenose, etc.?)

Thorax: (symmetrische Atemexkursion, Thoraxform, etc.?)

Lunge: (Perkussion und Auskultation, etc.?)

Herz/Kreislauf: (Perkussion und Auskultation, patholog. Herzgeräusche? Schrittmacher / ICD? periphere Pulse, etc.?)

Blutdruck (Oberarm) re: mmHg, **li:** mmHg **Puls:** **/min**

Abdomen: (Leber- oder Milzvergrößerung, pathologische Resistenzen, Hernien, etc.?)

Urogenitaltrakt: (Nierenlager-Klopfschmerz, Harnableitung, etc.?)

Bewegungsapparat: (Skoliose, Kyphose, Wirbelsäulenblockierung, Klopfschmerz der Wirbelsäule, Gelenksinstabilität, Bewegungseinschränkung, Muskulatur, Gang, Stand, etc.?)

Neurostatus: (Hirnnerven / obere Extremitäten / untere Extremitäten / Sensibilität, Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik – Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe, Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, verschärfter Romberg (SRT), Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, Tiefensensibilität, etc.?)

Psyche (Antrieb / Bewusstsein / Orientierung / Vigilanz / Gedächtnis / Konzentration / Stimmung, Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie. Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - inkl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom, Aufmerksamkeit / Konzentration, Demenz, Kommunikationsfähigkeit, etc.?)

Apparative Untersuchungen (wird vom Arzt ausgefüllt):

Lungenfunktionstest:

Beurteilung: (obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie)

Ruhe-Ekg:

Beurteilung: (Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom, etc.?)

Fahrrad-Ergometrie/Belastungs-EKG (ab 40. Lebensjahr):

Beurteilung: (Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Blutdruck- und HF-Verhalten, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung), Rhythmusstörungen? Ischämiezeichen?)

Fakultative weitere Untersuchungen, wenn klinisch angezeigt:

☐ Röntgen-Thorax

☐ Labor

☐ Herz-Ultraschall

☐ Tympanometrie

☐ Audiometrie

☐ Sehtest

☐ Weitere symptombezogene Untersuchungsbefunde

MedizInKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

für Allgemeine und Innere Medizin

F. Dillmann, Dr.med. D. Geiger, Dr.med. H. Goebel, C. Hauf M.Sc.

Hauptbetriebsstätte: Rintheimer Straße 90, 76131 Karlsruhe

www.medizinkarlsruhe.de

Tauchsportuntersuchung vom _____

Datum

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Zusammenfassende Beurteilung und Aufklärung:

Risikofaktoren / Einschränkungen/ weitere Aufklärung:

Wir empfehlen grundsätzlich eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Untersuchung und -Mitbeurteilung für alle Tauchanfänger vor dem ersten Tauchgang. Auch Menschen, die regelmäßig tauchen empfehlen wir jährliche HNO-ärztliche Kontrollen – bei Problemen auch in kürzeren Abständen.

Mir ist bewusst,

-dass Tauchen stets ein gesundheitliches Risiko birgt und die Feststellung der Tauchtauglichkeit einen Tauchunfall nicht ausschließen kann.

-dass die Beurteilung der Tauchtauglichkeit nur auf Basis der aktuell erhobenen Krankengeschichte und Untersuchungsbefunde erfolgen kann.

-dass zwischenzeitlich auftretende Erkrankungen zur Nicht-Tauglichkeit für das Tauchen führen können und im Zweifelsfall ein tauchmedizinisch qualifizierter Arzt zu kontaktieren ist.

_____ _____

Datum, Unterschrift des Untersuchten Unterschrift des untersuchenden Arzt

MedizInKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

für Allgemeine und Innere Medizin

F. Dillmann, Dr.med. D. Geiger, Dr.med. H. Goebel, C. Hauf M.Sc.

Hauptbetriebsstätte: Rintheimer Straße 90, 76131 Karlsruhe

www.medizinkarlsruhe.de

Bescheinigung der Tauchsportuntersuchung vom

_____

Datum

Name / name / Nom / Nombre: _____

Geb.Dat. / d.o.b. / né(e) le / Fecha de nacimiento: _____

- Oben genannte Person wurde heute auf Grundlage der Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH für die Tauglichkeit zum Sporttauchen untersucht.
- This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTUEM / OEGTH for recreational diving.
- La personne désignée ci-dessus a été examinée aujourd'hui selon les recommandations de la GTUEM / OEGTH.
- Se ha practicado un examen de aptitud médica a la persona previamente indicada siguiendo las recomendaciones de la GTUEM / OEGTH.

Ergebnis/ result/ resultat/ resultado:

☐ **Tauchtauglich/**
Fit to dive/
Absence de contre-indication pour la plongée/
Apto para bucear

☐ **Tauchtauglich mit Einschränkungen/**
Fit to dive with restrictions/
Absence de contre-indication avec restrictions/
Apto para bucear pero con restricciones

Ergänzung/Einschränkung / Specification/Restriction / Especificación de la restricción:

Ort/Datum/ Place/Date / Lieu/Date / Lugar/Fecha: _____

Arzt (Unterschrift/Stempel) / Physician (Signature/Stamp)/

Médecin (Signature/cachet) / Médico (Firma/Sello): _____