



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:

Erkrankungen 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, Pilzkrankungen, 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/ Nahrungsergänzungsmittel? (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 Arztes



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): _____