Tauchmedizinischer Untersuchungsbogen

gemäß den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH).

Der untersuchende Arzt muss über tauchmedizinische Kenntnisse verfügen, wie sie z.B. in den von GTÜM e.V. und ÖGTH anerkannten Tauchmedizin-Kursen vermittelt werden.

Weitere Informationen finden Sie auf den Webseiten der Gesellschaften unter www.gtuem.org und www.oegth.at. Empfehlungen zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, 2. Auflage, Gentner Verlag, 2014

untersuchender Arzt
Adresse / Stempel:

Teil A – vom Taucher auszufüllen

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Österreich: SV-Nummer

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

Telefon (dienstl./privat): _____ Hausarzt: _____

E-mail: _____ Beruf: _____

Tauchausbildung: _____ Jahr: _____ Bisherige Tauchgänge (Anzahl): _____

Tauchverfahren (Art / Häufigkeit): _____
z.B. SCUBA, Nitrox, Technisches Tauchen, Höhlen-/Eis-/Wrack-Tauchen, Apnoe, Tauchausbilder, Einsatztaucher

Sonstige Sportarten: _____ ____ x pro Woche Schwimmen: ☐ Schwimmer ☐ Nichtschwimmer

Krankheitsvorgeschichte

☐ **GESAMTE** Krankheitsvorgeschichte oder ☐ **ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: _____
nur möglich, wenn letzter Untersuchungsbogen dem Arzt vorliegt

Familienanamnese: _____

_____
z.B. plötzl. Todesfälle, vererbl. Krankheiten, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit

Komplikationen während Schwangerschaft u. Geburt, Krankenhausaufenthalte als Kleinkind:

_____

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

© Copyright GTÜM / ÖGTH 2017

Bisherige Beschwerden und Erkrankungen (was/wann)

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

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

Augen: _____
Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, Stärke der Visuskorrektur, erhöhter Augeninnendruck, Laser-OP, gestörtes Farbensehen

Nase, Nasennebenhöhlen: _____
häufige Erkältungen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen

Ohren: _____
Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Paukenröhrchen, Ohrinfektionen

Zähne: _____
Zahnprobleme, Prothesen

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

Herz-Kreislauf-System: _____
Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Operationen, Thrombosen, Embolien

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

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane: _____
Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, urologische OPs / gynäkologische OPs

Knochen, Gelenke: _____
Rheumatisches Fieber, Gelenksentzündungen, Arthrosen, Ischias, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, Knochenbrüche, Bewegungseinschränkungen, Unfallfolgen

Muskulatur: _____
angeborene oder erworbene Muskelschwäche, Muskelzerrungen, Sehnenrisse

Haut: _____
Hauterkrankungen, Ausschläge, Entzündungen, Pilzerkrankungen, allergische Reaktionen

Stoffwechsel: _____
Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse / Nebenniere, Gicht, Fettstoffwechselstörungen

Aktueller Status

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

_____

Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (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; 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, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift des Tauchers / des/der Erziehungsberechtigten	Unterschrift des untersuchenden Arztes

© Copyright GTÜM / ÖGTH 2017

Teil B – vom Arzt auszufüllen

_____ _____ _____
Name, Vorname des Untersuchten Geb.-Datum Untersuchungs-Datum

Körperliche Untersuchung

Alter: _____ Jahre **Größe**: _____ cm **Gewicht**: _____ Kg **BMI**: _____ **Bauchumfang**: _____ cm

Allgemeinzustand: _____
Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen, Gewichtsänderung in letzter Zeit

Haut: _____
Dermatosen, allergische Erscheinungen, Pilzerkrankungen

Kopf:
- Augen: _____
Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l (nicht korrigiert / korrigiert), bei Brillenträgern Dioptriezahl

- Nase, NNH: _____
unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?

- Ohren: _____
Gehörgänge, Trommelfellbefunde: Perforation? Atrophe Narbe? Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? Tubendurchgängigkeit? Hörvermögen r / l ?

- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum: _____
Zahnstatus, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?

Hals : _____ **Thorax**: _____
Struma, Lymphknotenvergrößerung, Carotisstenose? symmetrische Atemexkursion? Thoraxform

Lunge: _____
Perkussion und Auskultation

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

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

Abdomen: _____ **Urogenitaltrakt:** _____
Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien? Nierenlager-Klopfschmerz? Harnableitung?

Bewegungsapparat: _____
Skoliose? Kyphose? Wirbelsäulenblockierung? Klopfschmerz der Wirbelsäule? Gelenksinstabilität, Bewegungseinschränkung? Muskulatur? Gang? Stand?

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

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

© Copyright GTÜM / ÖGTH 2017

Spezielle Untersuchungen

Lungenfunktion (obligat)

		Istwert	Sollwert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität	VC			
Forcierte Vitalkapazität	FVC			
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1			
Quotient FEV 1/ FVC	[%]			

Beurteilung: _____

obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie

Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: _____

Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom

Ergometrie/Belastungs-Ekg (symptomlimitiert, ab 40. Lebensjahr obligat)

Belastungsart: _____

Fahrrad-Ergometrie sitzend oder liegend / Laufband / Sollleistung / Belastungsschema

Beurteilung der Ergometrie: _____

_____

Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Blutdruck- und HF-Verhalten, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung

Beurteilung des Belastungs-Ekg's: _____

Rhythmusstörungen? Ischämiezeichen?

Fakultative weitere Untersuchungen, wenn klinisch angezeigt:

Rö-Thorax

Beurteilung: _____

Labor

Beurteilung: _____

Herz-Ultraschall

Beurteilung: _____

Tympanometrie

Beurteilung: _____

Audiometrie

Beurteilung: _____

Sehtests

Beurteilung: _____

Weitere symptombezogene Untersuchungsbefunde

_____

_____

_____

_____

_____

_____

© Copyright GTÜM / ÖGTH 2017

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Zusammenfassende Beurteilung und Aufklärung

Risikofaktoren / Einschränkungen:

_____

_____

_____

Aufklärung wurde durchgeführt zu:

_____

_____

_____

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 / des/der Erziehungsberechtigten	Unterschrift des untersuchenden Arztes

© Copyright GTÜM/ÖGTH 2017

---✂---

Gesellschaft für Tauch- u. Überdruckmedizin e.V. (Deutschland)
& Österreichische Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin

Ärztliches Zeugnis - Tauglichkeit für das Sporttauchen
Certificat Médical - Aptitude à la plongée loisir
Certificado Médico - Aptitud para el buceo deportivo
Medical Certificate - Fitness for Recreational Diving

Name / name /
Nom / Nombre: _____

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

Oben genannte Person wurde heute gemäß den 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.

☐ **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: _____

_____

Nächste Untersuchung / next examination / prochain contrôle médical / próximo examen: _____

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

Arzt (Unterschrift/Stempel) / Physician (Signature/Stamp) / Médecin (Signature/cachet) / Médico (Firma/Sello): _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arzt, die Tauglichkeits-Untersuchung gemäß den Empfehlungen von GTÜM / ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt und beurteilt zu haben. Weitere Informationen auf dem Untersuchungsbogen und auf www.gtuem.org & www.oegth.at.

© Copyright GTÜM/ÖGTH 2017