



NIEDERHOFENSTRASSE 2
71229 LEONBERG
TEL . 07152 - 250 22
Fax 007152 - 221 66
www.scuba-fun.de
email: b.moritz@scuba-fun.de

Tauchtauglichkeits-Untersuchung

TEILNEHMER-ANGABEN (vertraulich)

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

A: MEDIZINISCHE Vorgeschichte — BITTE ZUTREFFENDE PUNKTE ANKREUZEN

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Frühere Taucherfahrung | <input type="checkbox"/> 13. Epilepsie | <input type="checkbox"/> 25. Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> 2. Weitere sportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> 14. Herz-Probleme | <input type="checkbox"/> 26. Raucher |
| <input type="checkbox"/> 3. EKG gemacht | <input type="checkbox"/> 15. Chronische Erkältung | <input type="checkbox"/> 27. Alkohol-/Drogenprobleme |
| <input type="checkbox"/> 4. Probleme beim Druckausgleich | <input type="checkbox"/> 16. Häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 28. Bewegungs-Störungen |
| <input type="checkbox"/> 5. Schwindel oder Ohnmacht | <input type="checkbox"/> 17. Ärztliches Verbot bestimmter Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 29. Klaustrophobie |
| <input type="checkbox"/> 6. Psychische Probleme | <input type="checkbox"/> 18. Ohren-Probleme | <input type="checkbox"/> 30. Nervenzusammenbruch |
| <input type="checkbox"/> 7. Kürzlich Operation o. Krankheit | <input type="checkbox"/> 19. Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> 31. Diabetes |
| <input type="checkbox"/> 8. Krankenhaus-Aufenthalt | <input type="checkbox"/> 20. Asthma | <input type="checkbox"/> 32. Brille oder Kontaktlinsen |
| <input type="checkbox"/> 9. Ernsthafte Verletzungen | <input type="checkbox"/> 21. Nebenhöhlen-Probleme | <input type="checkbox"/> 33. Hör-Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> 10. Regelmäßige Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> 22. Tuberkulose | <input type="checkbox"/> 34. Schmerzen in der Brust |
| <input type="checkbox"/> 11. Körperbehinderung | <input type="checkbox"/> 23. Atem-Probleme | <input type="checkbox"/> 35. Sonstige Medizinische Probleme |
| <input type="checkbox"/> 12. medikamentös behandelte Allergien | <input type="checkbox"/> 24. Chronischer Husten | |

B: Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhaus-Aufenthalte: _____

C: Ich nehme z.zt. folgende Medikamente: _____

D: Letzte ärztliche Untersuchung: _____ Lunge letztmals geröntgt am: _____

E: Letzte tauchärztliche Untersuchung: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

An den Arzt

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdrucks sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.
 Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik Bemerkungen

A: MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

B: ÄRZTLICHE STANDARD-UNTERSUCHUNG

C: BESONDERS BEACHTEN:

- Ohren/Nebenhöhlen
- Atemsystem/Lunge
- Herz-Kreislaufsystem
- Körperliche Fitness
- Emotionale und psychische Stabilität

Bemerkungen:

TAUGLICH NICHT TAUGLICH FÜR DAS TAUCHEN MIT PRESSLUFTGERÄT

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____