



Tauchsportgruppe Ahrensburg e.V

Beimoorweg 22 (Hinterhaus), 22926 Ahrensburg

Mitglied im Verband Deutscher Sporttaucher e.V.



Tauglichkeits-Untersuchung für Sporttaucher

In Anlehnung an die Richtlinien der GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.,
die originalen Richtlinien sind gegen Gebühr erhältlich über das Sekretariat der GTÜM e.V.

Untersuchender Arzt

Adresse/ Stempel : _____

PERSONALIEN

Name, Vorname : _____ Geb.Datum : _____

Adresse : _____ Beruf : _____

Telefon, Fax, (dienstl./Privat): _____

Hausarzt : _____

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten Sie jemals einen Tauchzwischenfall oder Tauchunfall (was/wann):

(z.B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Bisherige Tauchgänge (Anzahl) : _____

Tauchverfahren (Art / Häufigkeit):

(z.B. Rebreather- oder Mischgastauchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige Sportarten (was/wie oft) : _____

Teil A _____

KRANKHEITSVORGESCHICHTE

GESAMTE Vorgeschichte

oder

ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____

(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung vom Arzt vorliegt)

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle (was/wann):

Haben oder hatten Sie Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was/wann):

- Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(Schädelverletzungen, incl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbargo, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen)

- Psyche:

(Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

- Augen:

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen)

- Nase, Nasennebenhöhlen:

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

- Ohren:

(Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

- Atmungsorgane:

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)

- Herz-Kreislauf-System:

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl /Schmerz im Brustkorb, evtl. ausstrahlend, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

- Verdauungsorgane:

(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche)

- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:

(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine)

- Haut Knochen, Gelenke:

(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen)

- Stoffwechsel:

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen)

- bei Frauen: Schwangerschaft?

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

Hatten oder haben Sie sonstige Krankheiten, Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann):

Wieviel Alkohol trinken Sie? (Art/Menge) : _____ Rauchen Sie? (Art/Menge): _____

Welche Medikamente nehmen Sie? (wieviel) : _____

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge (wann/wo) : _____

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

Datum: _____ Unterschriften, Proband: _____ Arzt: _____

Teil B

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen)

Haut:

(Dermatosen, allergische Erkrankungen)

Kopf: - Augen

(Pupillenreaktion, Sehschärfe r/l, bei Brillenträgern Dioptriezahl, eine Augenärztliche Untersuchung ist sinnvoll, wenn: a) binokulare Sehleistung <0,7, b) Alter >50J., Alter >40J. und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z.n. Katarakt-OP)

- Nase, NNH:

(unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis/Sinusitis?)

- Ohren:

(Gehörgänge, Trommelfellbefund: Perforation? Atrophische Narbe – Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? – Tubendurchgängigkeit? – Hörvermögen r/l bei Flüstersprache?)

- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:

(Barotraumagefahr bei massiver Karies u. schlechten Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?)

Hals:

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über Carotis – Carotisstenose?)

Thorax:

(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorisch-expiratorische Umfangsdifferenz in Höhe der Mamillen sollte 5 cm nicht unterschreiten)

Lunge:

(Perkussion und Auskultation)

Herz/Kreislauf:

(Perkussion und Auskultation, pathologische Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung, -RR/Puls)

Abdomen:

(Leber – oder Milzvergrößerung? Pathologische Resistenzen? Hernien?)

Urogenitaltrakt:

(Nierenlager-Klopfschmerz?)

Bewegungsapparat:

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung – HWS, LWS? Klopfschmerz der Wirbelsäule, Blockierung von Extremitätengelenken)

ZNS/peripheres Nervensystem:

(Optomotorik incl. Pupillenmotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik – Atrophien, Paresen, Reflexstatus, pathologische Reflexe – Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität – halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, neurologische Ausfälle bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

Vegetativum:

(vermehrte Schweißneigung, Dermographismus)

Psyche:

(Angstreaktionen, Klaustro- Agoraphobie, Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit – incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage – gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, psychische Auffälligkeiten bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

Rö-Thorax (fakultativ, ansonsten nur, wenn klinisch angezeigt)

Beurteilung: _____

(bei jeder Erstuntersuchung, möglichst in zwei Ebenen, - bei Nachuntersuchungen nur, wenn klinisch angezeigt)

Lungenfunktion (obligat)

	Istwert	Sollwert	% der Norm
Ruhe Vitalkapazität	VC		
Forcierte Vitalkapazität	FVC		
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1		
Quotient FEV 1 / VC	(%)		

Beurteilung: _____

(obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie / CO-Diffusion)

Labor (fakultativ)

BB: Hb : _____ g/dl SERUM: BZ nü. : _____ g/dl URIN: Mehrfach Stäbchentest

Erys : _____ /fl unauffällig/auffällig

Leukos : _____ /nl BSG : _____ / _____ mm n.W. (ggf. weitere Untersuchungen)

Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: _____

(Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

Ergometrie mit Ausbelastung (fakultativ, ab 40. Lebensjahr obligat)

Belastungsart: _____

(Fahrradergometrie sitzend od. liegend / Laufband)

Leistungsbewertung: _____

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

Beurteilung des Blutdruckverhaltens: _____

EKG-Beurteilung: _____

(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG

diesen Abschnitt beim Verein vorlegen

Tauchsportgruppe Ahrensburg e.V.

ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN
CERTIFICAT MEDICAL. APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE
CERTIFICADO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO SPORTIVO
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA DIVING

Name / Nom / Nome / Name _____

Obengenannte Person ist heute für die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical practiqué. Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

A la persona anteriormente mencionada, se ha realizado un examen médico de aptitud y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

Einschränkungen / Limitations / Restricciones / Limitations _____

Nachuntersuchung / Examen Ulterieur / Examen Ulterior / Next Examination _____

Ort / Datum / Stempel / Unterschrift • Lieu / Date / Cachet / Signature • Lugar / Fecha / Timbre / Firma • Place / Date / Stamp / Signature