



# 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](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Empfehlungen zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, 2. Auflage, Gentner Verlag, 2014



untersuchender Arzt **Beatrix Scholdt-Seidel**  
Adresse / Stempel: **Attentalstraße 1, 75045 Walzbachtal**  
**kontakt@hausarztpraxis-walzbachtal.de, Tel. 07203 - 91 411**

## 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



## 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 Farbsehen

**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, Pilzkrankungen, allergische Reaktionen

**Stoffwechsel:** \_\_\_\_\_

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

## Aktueller Status

Hatten Sie **fiebrhafte 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, Nahrungsergänzungsmittel; 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.