



MED. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN

nach den Richtlinien (Ausgabe 1998) der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM e.V.),ergänzende Erläuterungen in den Richtlinien, zu beziehen über das Sekretariat der GTÜM e.V.

PERSONALIEN

Name, Vorname:..... Geb. Datum:.....

Adresse: Beruf:.....

Telefon, Fax: Größe:.....m Gewicht:.....kg

Hausarzt:

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

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 Mischgastauen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige Sportarten (was/wie oft)

.....

KRANKHEITSVORGESCHICHTE

Gesamte Vorgeschichte oder **Ergänzungen seit der letzten Untersuchung vom:.....**
(Betreffendes bitte ankreuzen) (nur möglich wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

- Kopf, Gehirn, Nervensystem:

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

- Psyche:

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

- Augen:

.....
(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

- 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 und/oder Husten durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)

- Herz-Kreislauf-System:

.....
(Herzfehler, Herzmuskulaturentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

- Verdauungsorgane:

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

- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:

.....
(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen, Nierensteine)

- Haut, Knochen, Gelenke, Muskulatur:

.....
(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschaden, häufige Gelenkluxationen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

- Stoffwechsel:

.....
(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Zuckerkrankheit)

- 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 wurde? (was/wann):

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

.....
Welche Medikamente nehmen Sie?.....

.....
Letzte Röntgenaufnahmen d. Lunge (wann/wo):.....

.....
Letztes Ruhe- oder Belastungs-EKG (wann/wo):.....

Datum:..... **Unterschriften, Proband:**..... **Arzt:**.....