

# Tauchmedizinischer Untersuchungsbogen



## Rechnungsanschrift:

- wie Wohnadresse  
 abweichend

Empfänger: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Straße, Nr.)

## 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 Farbensehen
- Nase, Nasennebenhöhlen:** \_\_\_\_\_  
häufige Erkältungen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen
- Ohren:** \_\_\_\_\_  
Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Paukenröhren, 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, 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.

Datum

Unterschrift des Tauchers / des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des untersuchenden Arztes