

MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN



nach den Richtlinien (Ausgabe 1998) der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM)
weitere Informationen finden Sie auf der Website der GTÜM e.V. unter <<http://www.gtuem.org>>

Untersuchender Arzt

Adresse / Stempel: _____

PERSONALIEN

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____ Beruf: _____

Telefon, Fax (dienstl./privat): _____

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 Mischgastuchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige **Sportarten** (was/wie oft): _____

Teil A _____

K R A N K H E I T S V O R G E S C H I C H T E

GESAMTE Vorgeschichte

oder

ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____
(nur möglich, wenn 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 Angstreaktion, 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, 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 **fiebrhafte 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?: _____

Letzte **Röntgenaufnahme d. Lunge** (wann/wo): _____

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

Datum: _____ Unterschriften, Proband: _____ Arzt: _____