

# MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN



nach den Richtlinien der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, Gentner-Verlag.



Untersuchender Arzt  
Adresse / Stempel: \_\_\_\_\_

## PERSONALIEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.): \_\_\_\_\_  
Telefon, Fax (dienstl./privat): \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

## 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 Mischgastauen, 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 dem Arzt vorliegt)

**Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwere 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: \_\_\_\_\_

## KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

**Beurteilungskriterien:**

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre,                      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm,                      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ Kg

**Allgemeinzustand:**

---

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen)

**Haut:**

---

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

**Kopf:    - Augen:**

---

(Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l, bei Brillenträgern Dioptriezahl)

**- 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 ?)

**- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:**

---

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

**Hals :**

---

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der Carotis - Carotisstenose?)

**Thorax:**

---

(symmetrische Atemexkursion?)

**Lunge:**

---

(Perkussion und Auskultation)

**Herz/Kreislauf:**

---

(Perkussion und Auskultation, 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. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik - Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe - Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen)

**Psyche:**

---

(Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie. Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom)

# SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

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

Beurteilung: \_\_\_\_\_

## 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)

## Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: \_\_\_\_\_

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

## 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)

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

Belastungsart: \_\_\_\_\_

(Fahrradergometrie sitzend oder liegend / Laufband)

Leistungsbewertung: \_\_\_\_\_

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

Beurteilung des Blutdruckverhaltens: \_\_\_\_\_

## Belastungs-Ekg

Beurteilung: \_\_\_\_\_

(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

# ZUSAMMENFASSUNG

Medizinische Vorsorgeuntersuchung von Sporttauchern nach den Richtlinien der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, Gentner-Verlag.

Risikofaktoren: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Beurteilung: \_\_\_\_\_



**Deutsche Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.  
& Österreichische Gesellschaft f. Tauch- u. Hyperbarmedizin**

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



**NAME / NOM / NOMBRE**

Obgenannte Person ist heute gemäss den Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH 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 pratiqué selon les recommandations de la GTÜM / ÖGTH. Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

Se ha practicado un examen de aptitud médica a la persona previamente indicada siguiendo las recomendaciones de la GTÜM / ÖGTH. En dicho examen no se ha constatado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTÜM / ÖGTH for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES**

**NACHUNTERSUCHUNG / EXAMEN ULTERIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION**

**ORT / DATUM \* LIEU / DATE \* LUGAR / FECHA \* PLACE / DATE**

ARZT \* (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDECIN (SIGNATURE, TIMBRE)  
MÉDICO (FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)

**\*) Mit der Unterschrift bestätigt der untersuchende Arzt, dass die Tauchtauglichkeits-Untersuchung nach den Empfehlungen der GTÜM e.V. und der ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt wurde (Untersuchungs-Bogen mit Hinweisen unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) u. [www.oegth.at](http://www.oegth.at))**

Ärztliches Attest zum GTÜM/ÖGTH-Untersuchungsbogen (Ausgabe 2013) © Copyright GTÜM/ÖGTH 2013