

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 und 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 Mischgastauchen, 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:

(Barotrauma-gefahr 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 und 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 u. www.oegth.at)

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