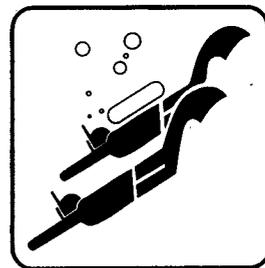




Verband Deutscher Sporttaucher e.V

Tannenstraße 25 • Mörfelden-Walldorf
Telefon: 06105/76885 Telefax: 06105/76349



Tauglichkeits-Untersuchung für Sporttaucher

nach den Richtlinien der GESELLSCHAFT für TAUCH-und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.,
weitere Erläuterungen in den Richtlinien, erhältlich über das Sekretariat der GTÜM e.V.

Untersuchender Arzt
Adresse / Stempel: _____

Teil A ist vom Untersuchten selbst auszufüllen (Druckschrift oder Schreibmaschine). Alle Angaben und ärztlichen Feststellungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur der Untersuchte den Arzt befreien kann. Die Schweigepflicht besteht auch über den Tod des Untersuchten hinaus. Dieser Untersuchungsbogen verbleibt beim Arzt, er kann aber auch dem Untersuchten selbst ausgehändigt werden. Es liegt im ausschließlichen Interesse des Untersuchten, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Durch eigenhändige Unterschrift wird dies bestätigt. Vor dem Ausfüllen muß eine Kopie der unteren Hälfte von Seite 4 dieses Bogens als Tauchtauglichkeits-Bescheinigung angefertigt werden (zur Aushändigung an den Untersuchten).

PERSONALIEN

Name, Vorname : _____ Geb.Datum : _____
Adresse : _____ 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) : _____

Sonstige Sportarten (was/wie oft) : _____

KRANKHEITSVORGESCHICHTE

GESAMTE Vorgeschichte

oder

ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____

(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

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

Haben oder hatten Sie 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 Katarhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stim- 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, Herzmuskelerkrankung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, evtl. ausstrahlend, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

- **Verdauungsorgane:**

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

- **Nieren, Hamwege, 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 fieberhafte 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? (wieviel) : _____

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

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

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Teil B ist vom untersuchenden Arzt auszufüllen. Die Untersuchung ist gegebenenfalls entsprechend dem klinischen Bild zu erweitern und durch Facharzt-Befunde zu ergänzen. Eine erweiterte Untersuchung kann auch bei Tauchlehrern, Wettkämpfern oder bei Erstuntersuchung von Tauchern über 40 J. erforderlich sein. Nachuntersuchungen sind bei unauffälligem Befund nach zwei Jahren, bei einem Alter über 40 J. nach einem Jahr erforderlich, außerdem nach schweren Erkrankungen. Gegebenenfalls sind bei bestimmten Befunden oder bei eingeschränkter Tauglichkeit auch kürzere Untersuchungsintervalle möglich. Eine eingeschränkte Tauglichkeit kann z.B. bei Jugendlichen oder bei Behinderten gegeben sein. Tiefenbeschränkungen sind im allgemeinen nicht sinnvoll.

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ Kg

Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen)

Haut:

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

Kopf: - Augen:

(Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l, bei Brillenträgern Dioptriezahl, eine augenärztliche Untersuchung ist sinnvoll, wenn: a) binokulare Sehleistung < 0,7, b) Alter > 50 J., Alter > 40 J. und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) z.n. Katarakt-OP)

- **Nase, NNH:**

(unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?)

- **Ohren:**

(Gehörgänge, Trommelfelbefund: Perforation? Atrophische Narbe - Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? - Tubendurchgängigkeit? - Hörvermögen r / l bei Flüstersprache?)

- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:

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

Hals:

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

Thorax:

(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorisch-expiratorische Umfangsdifferenz in Höhe der Mamillen sollte 5 cm nicht unterschreiten)

Lunge:

(Perkussion und Auskultation)

Herz/Kreislauf:

(Perkussion und Auskultation, Pathologische Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung, - RR / Puls)

Abdomen:

(Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien?)

Urogenitaltrakt:

(Nierenlager-Klopfeschmerz?)

Bewegungsapparat:

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung - HWS, LWS? Klopfeschmerz der Wirbelsäule, Blockierung von Extremitätengelenken)

ZNS/peripheres Nervensystem:

(Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik - Atrophien, Paresen, Reflexstatus, pathologische Reflexe - Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, neurologische Ausfälle bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

Vegetativum:

(vermehrte Schweißneigung, Dermographismus)

Psyche:

(Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie, Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, psychische Auffälligkeiten bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

Rö-Thorax

Beurteilung:

(bei jeder Erstuntersuchung, möglichst in zwei Ebenen, - bei Nachuntersuchungen nur, wenn klinisch angezeigt)

Lungenfunktion

	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 / CO-Diffusion)

Labor

BB: Hb : _____ g/dl SERUM: BZ nü. : _____ g/dl URIN: Mehrfach-Stäbchentest:
 Erys : _____ /fl un auffällig / auffällig
 Leukos : _____ /nl BSG : _____ / _____ mm n.W. (ggf. weitere Untersuchungen)

Ruhe-Ekg

Beurteilung:

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

Ergometrie (Maximaltest)

Belastungsart: _____
 (Fahrradergometrie sitzend od. liegend oder Laufband, Schema I für Untrainierte, Schema II für Trainierte, unzutreffendes Schema streichen)

Schema I 2 min	Schema II 3 min	PULS	RR syst. / diast.
RUHE			
25 W	50 W		/
50 W	100 W		/
75 W	150 W		/
100 W	200 W		/
125 W	250 W		/
150 W	300 W		/
175 W	350 W		/
200 W	400 W		/
225 W	450 W		/
250 W	500 W		/
ERHOLUNG			
			/
			/
			/
			/

AUSWERTUNG DES MAXIMALTESTS:

HF von mindestens (200 - Lebensalter) erreicht? JA / NEIN

Solleistung=Gewicht (Kg) x 3 (m.) bzw. x 2,5 (w.) = _____ Watt

Alterskorrektur: -10% pro Dekade ab 4. Dekade - _____ %

alterskorrigierte Solleistung SOLL = _____ Watt

erbrachte Leistung IST = _____ Watt

Relative Leistungsfähigkeit IST/SOLL = _____ %

Leistungsbewertung : _____
 (Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

Beurteilung des Blutdruckverhaltens : _____

Belastungs-Ekg

Beurteilung: _____
 (Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

Tauglichkeitsbescheinigung für Sporttaucher
medical fitness certificate for sport divers
attestation médicale d'aptitude à la plongée

nach den Richtlinien der GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. '92) ist
 in accordance with the guidelines of the GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. '92) is
 suivant les directives de la GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. '92) est

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____
 name, christian name _____ date of birth _____
 nom, prénom _____ date de naissance _____

Adresse _____
 address _____
 adresse _____

- tauchtauglich tauchtauglich mit Einschränkung nicht tauchtauglich
 fit for diving fit for diving with restrictions not fit for diving
 apte à plonger apte à plonger avec des restrictions inapte à plonger

(Nichtzutreffendes streichen - strike out wrong statements - barrer la mauvaise mention)

Einschränkung
restrictions
restrictions

Untersuchungsdatum _____ nächste Untersuchung _____
 examination date _____ next examination _____
 date d'examen _____ prochain examen _____

(Unterschrift, Stempel - signature, stamp
 signature, cachet)