

**Vertraulich!**

## Tauchtauglichkeitsbescheinigung

Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### A. Medizinische Vorgeschichte - Bitte zutreffende Punkte ankreuzen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Frühere Taucherfahrung               | <input type="checkbox"/> 13. Epilepsie                                | <input type="checkbox"/> 24. Chronischer Husten             |
| <input type="checkbox"/> 2. sportliche Aktivitäten               | <input type="checkbox"/> 14. Herzprobleme                             | <input type="checkbox"/> 25. Bluthochdruck                  |
| <input type="checkbox"/> 3. Probleme beim Druckausgleich         | <input type="checkbox"/> 15. Chronische Erkältung                     | <input type="checkbox"/> 26. Raucher                        |
| <input type="checkbox"/> 4. Schwindel oder Ohnmacht              | <input type="checkbox"/> 16. Häufige Kopfschmerzen                    | <input type="checkbox"/> 27. Alkohol- / Drogenprobleme      |
| <input type="checkbox"/> 5. Magen-Darm-Probleme                  | <input type="checkbox"/> 17. Ärztliches Verbot                        | <input type="checkbox"/> 28. Bewegungsstörungen             |
| <input type="checkbox"/> 6. Kürzliche Operation o. Erkrankung    | <input type="checkbox"/> 18. Ärztliches Verbot bestimmter Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 29. Klaustrophobie                 |
| <input type="checkbox"/> 7. Psychische Probleme                  | <input type="checkbox"/> 19. Ohrenprobleme                            | <input type="checkbox"/> 30. Nervenzusammenbruch            |
| <input type="checkbox"/> 8. Krankenhaus-Aufenthalt               | <input type="checkbox"/> 20. Heuschnupfen                             | <input type="checkbox"/> 31. Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> 9. Ernsthafte Verletzungen              | <input type="checkbox"/> 21. Asthma                                   | <input type="checkbox"/> 32. Brille oder Kontaktlinsen      |
| <input type="checkbox"/> 10. Körperbehinderung                   | <input type="checkbox"/> 22. Nebenhöhlenprobleme                      | <input type="checkbox"/> 33. Hörschwierigkeiten             |
| <input type="checkbox"/> 11. Regelm. Medikamenteneinnahme/Angabe | <input type="checkbox"/> 23. Tuberkulose                              | <input type="checkbox"/> 34. Schmerzen in der Brust         |
| <input type="checkbox"/> 12. Allergien, auch Medikamente         | <input type="checkbox"/> 24. Atemprobleme                             | <input type="checkbox"/> 35. Sonstige medizinische Probleme |

B. Bemerkungen/Ergänzungen zu den oben genannten Angaben:

\_\_\_\_\_

C. Letzte ärztliche (Tauchtauglichkeits-) Untersuchung:

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### An den Arzt

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdruckes sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.

Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik 'Bemerkungen'.

A. Medizinische Vorgeschichte

B. Ärztliche Standarduntersuchung

C. Besonders beachten:

<input type="checkbox"/> Ohren / Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/> Atemsystem / Lunge	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufsystem
<input type="checkbox"/> Körperliche Fitness	<input type="checkbox"/> Emotionale und psychische Stabilität	

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

Tauchtauglich  Nicht tauglich für das Tauchen mit Presslufttauchgeräten

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_