

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: _____