



SCUBA SCHOOLS INTERNATIONAL

Tauchtauglichkeits-Untersuchung

TEILNEHMER-ANGABEN (vertraulich)

Name: Vorname:

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. Weitere sportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> 14. Herz-Probleme | <input type="checkbox"/> 25. Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> 3. EKG gemacht | <input type="checkbox"/> 15. Chronische Erkältung | <input type="checkbox"/> 26. Raucher |
| <input type="checkbox"/> 4. Probleme beim Druckausgleich | <input type="checkbox"/> 16. Häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 27. Alkohol-/Drogenprobleme |
| <input type="checkbox"/> 5. Schwindel oder Ohnmacht | <input type="checkbox"/> 17. Ärztliches Verbot
bestimmter Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> 28. Bewegungs-Störungen |
| <input type="checkbox"/> 6. Psychische Probleme | <input type="checkbox"/> 18. Ohren-Probleme | <input type="checkbox"/> 29. Klaustrophobie |
| <input type="checkbox"/> 7. Kürzliche Operation oder Krankheit | <input type="checkbox"/> 19. Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> 30. Nervenzusammenbruch |
| <input type="checkbox"/> 8. Krankenhaus-Aufenthalte | <input type="checkbox"/> 20. Asthma | <input type="checkbox"/> 31. Diabetes |
| <input type="checkbox"/> 9. Ernsthafte Verletzungen | <input type="checkbox"/> 21. Nebenhöhlen-Probleme | <input type="checkbox"/> 32. Brille oder Kontaktlinsen |
| <input type="checkbox"/> 10. Körperbehinderung | <input type="checkbox"/> 22. Tuberkulose | <input type="checkbox"/> 33. Hör-Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> 11. Regelm. Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> 23. Atem-Probleme | <input type="checkbox"/> 34. Schmerzen in der Brust |
| <input type="checkbox"/> 12. Allergien, auch Medikamente | | <input type="checkbox"/> 35. Sonstige medizinische Probleme |

B. Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhaus-Aufenthalte:

.....

C. Ich nehme z.Zt. folgende Medikamente:

D. Letzte ärztliche Untersuchung: Lunge letztmalig geröntgt am:

Unterschrift: Datum:

AN DEN ARZT

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdrucks 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 STANDARD-UNTERSUCHUNG

- | | |
|------------------------|---------------------------------------------------------------|
| C: BESONDERS BEACHTEN: | <input type="checkbox"/> Ohren Nebenhölen |
| | <input type="checkbox"/> Atemsystem/Lunge |
| | <input type="checkbox"/> Herz-Keislaufsystem |
| | <input type="checkbox"/> Körperliche Fitneß |
| | <input type="checkbox"/> Emotionale und psychische Stabilität |

BEMERKUNGEN:

.....

.....

TAUGLICH

NICHT TAUGLICH FÜR DAS TAUCHEN MIT PRESSLUFTGERÄT

Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes