



**MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN**

nach den Empfehlungen 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](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://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 **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): \_\_\_\_\_



**KRANKENANSTALT RADSTADT-OBERTAUERN**

**DR. AUFMESSER GmbH**

Welche Medikamente nehmen Sie?:

---

---

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

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

---

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

Unterschriften, Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_



TEIL B

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 Dioptrienzahl)

- 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:

\_\_\_\_\_  
(Barotraumagefahr 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-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, 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 Empfehlungen 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](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://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: \_\_\_\_\_