

# Tauchmedizinischer Untersuchungsbogen



gemäß den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH).

Der untersuchende Arzt muss über tauchmedizinische Kenntnisse verfügen, wie sie z.B. in den von GTÜM e.V. und ÖGTH anerkannten Tauchmedizin-Kursen vermittelt werden.

Weitere Informationen finden Sie auf den Webseiten der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Empfehlungen zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, 2. Auflage, Gentner Verlag, 2014



untersuchender Arzt  
Adresse / Stempel:

## Teil A – vom Taucher auszufüllen

### Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Österreich: SV-Nummer \_\_\_\_\_

Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.): \_\_\_\_\_

Telefon (dienstl./privat): \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tauchausbildung: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ Bisherige Tauchgänge (Anzahl): \_\_\_\_\_

Tauchverfahren (Art / Häufigkeit): \_\_\_\_\_  
z.B. SCUBA, Nitrox, Technisches Tauchen, Höhlen-/Eis-/Wrack-Tauchen, Apnoe, Tauchausbilder, Einsatztaucher

Sonstige Sportarten: \_\_\_\_\_ x pro Woche Schwimmen:  Schwimmer  Nichtschwimmer

### Krankheitsvorgeschichte

**GESAMTE** Krankheitsvorgeschichte oder  **ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: \_\_\_\_\_  
nur möglich, wenn letzter Untersuchungsbogen dem Arzt vorliegt

**Familienanamnese:** \_\_\_\_\_

z.B. plötzl. Todesfälle, vererbl. Krankheiten, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit

**Komplikationen während Schwangerschaft u. Geburt, Krankenhausaufenthalte als Kleinkind:**

**Krankenhausbehandlungen, Operationen, schwere Verletzungen, Unfälle, Knochenbrüche (was / wann / wo):**

Hatten Sie jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was/wann): \_\_\_\_\_  
Deko-Unfall mit Schmerzen, Gefühlsstörungen, Hautsymptome nach Tauchen, Gasembolie, Panikreaktion, Tiefenrausch, Erschöpfung, extreme Müdigkeit, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen

## Bisherige Beschwerden und Erkrankungen (was/wann)

### Kopf, Gehirn, Nervensystem:

Schädelhirnverletzung, inkl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, Blackout, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Hexenschuss, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen

### Psyche:

Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen / auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression / depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen, ADS/ADHS, Burnout, Höhenangst, Abhängigkeit von Drogen, Alkohol oder Medikamenten, Behandlungen bei Psychiater / Neurologen

### Augen:

Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, Stärke der Visuskorrektur, erhöhter Augeninnendruck, Laser-OP, gestörtes Farbsehen

### Nase, Nasennebenhöhlen:

häufige Erkältungen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen

### Ohren:

Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Paukenröhrchen, Ohrinfektionen

### Zähne:

Zahnprobleme, Prothesen

### Atmungsorgane:

Tuberkulose, Lungen-/Rippenfell-Entzündung, Asthma, chron. Bronchitis, Pneumothorax, Atemnot bei Anstrengung/kalter Luft, Brustkorb-OP, Blutspucken

### Herz-Kreislauf-System:

Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Operationen, Thrombosen, Embolien

### Verdauungsorgane:

Aufstoßen/Sodbrennen, Magen-/Zwölffingerdarm-Geschwür, Koliken, Bauchwand-/ Leistenbruch, Gallensteine, chron. Darm-Erkr., Neigung zu Durchfällen

### Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, urologische OPs / gynäkologische OPs

### Knochen, Gelenke:

Rheumatisches Fieber, Gelenkentzündungen, Arthrosen, Ischias, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, Knochenbrüche, Bewegungseinschränkungen, Unfallfolgen

### Muskulatur:

angeborene oder erworbene Muskelschwäche, Muskelzerrungen, Sehnenrisse

### Haut:

Hauterkrankungen, Ausschläge, Entzündungen, Pilzkrankungen, allergische Reaktionen

### Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse / Nebenniere, Gicht, Fettstoffwechselstörungen

## Aktueller Status

Hatten Sie **fiebrhafte Erkrankungen oder sonstige Infektionskrankheiten** in den letzten Monaten? (was/wann):

\_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann):

\_\_\_\_\_

z.B. Krebs-Erkrankungen

Sind Sie aktuell oder waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Untersuchung oder Behandlung? \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol**? (Art/Menge: nie/gelegentlich/regelmäßig): \_\_\_\_\_ **Rauchen** Sie? (Art/Menge): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Medikamente** ? (Drogen, Nahrungsergänzungsmittel; regelmäßig/gelegentlich): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien** (evtl. Medikamenten-Nebenwirkungen)?: \_\_\_\_\_

Frauen: besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? \_\_\_\_\_

Letzte **Röntgenaufnahme** der **Lunge** (wann / wo / weshalb): \_\_\_\_\_

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-Ekg** (wann / wo / weshalb): \_\_\_\_\_

Letzte **Tauchtauglichkeits-Untersuchung** (wann / wo): \_\_\_\_\_

**Ich erkläre**, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Tauchers / des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_ Unterschrift des untersuchenden Arztes

## Teil B – vom Arzt auszufüllen

Name, Vorname des Untersuchten \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Untersuchungs-Datum \_\_\_\_\_

### Körperliche Untersuchung

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ Kg      **BMI:** \_\_\_\_\_      **Bauchumfang:** \_\_\_\_\_ cm

**Allgemeinzustand:** \_\_\_\_\_  
Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen, Gewichtsänderung in letzter Zeit

**Haut:** \_\_\_\_\_  
Dermatosen, allergische Erscheinungen, Pilzkrankungen

**Kopf:**  
**- Augen:** \_\_\_\_\_  
Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l (nicht korrigiert / korrigiert), bei Brillenträgern Dioptriezahl

**- Nase, NNH:** \_\_\_\_\_  
unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?

**- Ohren:** \_\_\_\_\_  
Gehörgänge, Trommelfellbefunde: Perforation? Atrophe Narbe? Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? Tubendurchgängigkeit? Hörvermögen r / l ?

**- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:** \_\_\_\_\_  
Zahnstatus, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?

**Hals :** \_\_\_\_\_      **Thorax:** \_\_\_\_\_  
Struma, Lymphknotenvergrößerung, Carotisstenose?      symmetrische Atemexkursion? Thoraxform

**Lunge:** \_\_\_\_\_  
Perkussion und Auskultation

**Herz/Kreislauf:** \_\_\_\_\_  
Perkussion und Auskultation, patholog. Herzgeräusche? Schrittmacher / ICD? periphere Pulse?

**Blutdruck (Oberarm) re:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg, **li:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      **Puls:** \_\_\_\_\_ / min

**Abdomen:** \_\_\_\_\_      **Urogenitaltrakt:** \_\_\_\_\_  
Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien?      Nierenlager-Klopfeschmerz? Harnableitung?

**Bewegungsapparat:** \_\_\_\_\_  
Skoliose? Kyphose? Wirbelsäulenblockierung? Klopfeschmerz der Wirbelsäule? Gelenksinstabilität, Bewegungseinschränkung? Muskulatur? Gang? Stand?

**Neurostatus (Hirnnerven / obere Extremitäten / untere Extremitäten / Sensibilität):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik - Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe - Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, verschärfter Romberg (SRT), Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, Tiefensensibilität

**Psyche (Antrieb / Bewusstsein / Orientierung / Vigilanz / Gedächtnis / Konzentration / Stimmung):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie. Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - inkl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom, Aufmerksamkeit / Konzentration, Demenz, Kommunikationsfähigkeit

## Spezielle Untersuchungen

### Lungenfunktion (obligat)

		Istwert	Sollwert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität	VC			
Forcierte Vitalkapazität	FVC			
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1			
Quotient FEV 1/ FVC	[%]			

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie

### Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom

### Ergometrie/Belastungs-Ekg (symptomlimitiert, ab 40. Lebensjahr obligat)

Belastungsart: \_\_\_\_\_  
Fahrrad-Ergometrie sitzend oder liegend / Laufband / Sollleistung / Belastungsschema

Beurteilung der Ergometrie: \_\_\_\_\_

Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Blutdruck- und HF-Verhalten, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung

Beurteilung des Belastungs-Ekg's: \_\_\_\_\_  
Rhythmusstörungen? Ischämiezeichen?

### Fakultative weitere Untersuchungen, wenn klinisch angezeigt:

#### Rö-Thorax

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Labor

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Herz-Ultraschall

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Tympanometrie

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Audiometrie

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Sehtests

Beurteilung: \_\_\_\_\_

### Weitere symptombezogene Untersuchungsbefunde

---

---

---

---

---

---

---

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

## Zusammenfassende Beurteilung und Aufklärung

Risikofaktoren / Einschränkungen:

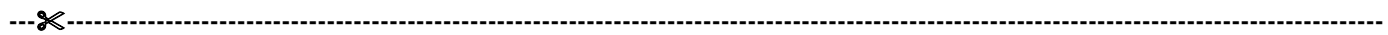
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aufklärung wurde durchgeführt zu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mir ist bewusst,**  
- dass Tauchen stets ein gesundheitliches Risiko birgt und die Feststellung der Tauchtauglichkeit einen Tauchunfall nicht ausschließen kann.  
- dass die Beurteilung der Tauchtauglichkeit nur auf Basis der aktuell erhobenen Krankengeschichte und Untersuchungsbefunde erfolgen kann.  
- dass zwischenzeitlich auftretende Erkrankungen zur Nicht-Tauglichkeit für das Tauchen führen können und im Zweifelsfall ein tauchmedizinisch qualifizierter Arzt zu kontaktieren ist.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Untersuchten / des/der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_ Unterschrift des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_  
Seite 5 von 5 © Copyright GTÜM/ÖGTH 2017



Gesellschaft für Tauch- u. Überdruckmedizin e.V. (Deutschland)  
& Österreichische Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin  
**Ärztliches Zeugnis - Tauglichkeit für das Sporttauchen**  
**Certificat Médical - Aptitude à la plongée loisir**  
**Certificado Médico - Aptitud para el buceo deportivo**  
**Medical Certificate - Fitness for Recreational Diving**



Name / name / \_\_\_\_\_ Geb.Dat. / d.o.b. / né(e) le \_\_\_\_\_  
Nom / Nombre: \_\_\_\_\_ / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Oben genannte Person wurde heute gemäß den Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH für die Tauglichkeit zum Sporttauchen untersucht.  
This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTUEM / OEGTH for recreational diving.  
La personne désignée ci-dessus a été examinée aujourd'hui selon les recommandations de la GTUEM / OEGTH.  
Se ha practicado un examen de aptitud médica a la persona previamente indicada siguiendo las recomendaciones de la GTUEM / OEGTH.

**Tauchtauglich**  
**Fit to dive**  
**Absence de contre-indication pour la plongée**  
**Apto para bucear**

**Tauchtauglich mit Einschränkungen**  
**Fit to dive with restrictions**  
**Absence de contre-indication avec restrictions**  
**Apto para bucear pero con restricciones**

Ergänzung/Einschränkung / Specification \_\_\_\_\_  
/Restriction / Especificación de la restricción: \_\_\_\_\_

Nächste Untersuchung / next examination \_\_\_\_\_  
/ prochain contrôle médical / próximo examen: \_\_\_\_\_

Ort/Datum / Place/Date / Lieu/Date / Lugar/Fecha: \_\_\_\_\_

Arzt (Unterschrift/Stempel) / Physician (Signature/Stamp) \_\_\_\_\_  
/ Médecin (Signature/cachet) / Médico (Firma/Sello): \_\_\_\_\_

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arzt, die Tauglichkeits-Untersuchung gemäß den Empfehlungen von GTÜM / ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt und beurteilt zu haben. Weitere Informationen auf dem Untersuchungsbogen und auf [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) & [www.oegth.at](http://www.oegth.at).  
© Copyright GTÜM/ÖGTH 2017