

Tauchmedizinischer Untersuchungsbogen

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



PRAXIS
DR. WERNER



untersuchender Arzt: **Dr. med. M. Werner, Bolardusstr. 20a - 26721 Emden**

vom Taucher auszufüllen

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.): _____

Telefon (dienstl./privat): _____ Hausarzt: _____

E-mail: _____ Beruf/Tätigkeit: _____

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