

### Personalien

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Möchtest Du an Deine nächste Tauchtauglichkeitsuntersuchung erinnert werden?

Ja, per  Telefon,  Post,  E-Mail  Nein.

### Sportliche Betätigung:

Taucher seit: \_\_\_\_\_ Anzahl der Tauchgänge: \_\_\_\_\_ Brevet: \_\_\_\_\_

Jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was / wann)

\_\_\_\_\_ (z.B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen?)

**Sonstige Sportarten** (was / wie oft):

\_\_\_\_\_

### Krankheitsvorgeschichte:

**GESAMTE** Vorgeschichte

oder

**ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: <tt.mm.jjjj>  
(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle?  
(was / wann)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was / wann)

### Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(z.B. Schädelhirnverletzung, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne, epileptische Anfälle, Seekrankheit)

### Psyche:

(z.B. Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmung in engen Räumen / auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression / depressive Phasen)

### Augen:

(z.B. Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

### Nase, Nasennebenhöhlen:

(z.B. häufiger Schnupfen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

### Ohren:

(z.B. Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

### Atmungsorgane:

(z.B. TBC, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Husten durch Anstrengung oder kalte Luft)

### Herz-Kreislaufsystem:

(z.B. Herzfehler, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Rhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

### Verdauungsorgan und Nieren:

(z.B. Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, Nierenentzündungen, Blasenentzündung, Nierensteine)

### Haut, Knochen, Gelenke, Muskulatur:

(z.B. Allergien, Gelenkrheumatismus, Gicht, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, häufige Ausrenkungen, Muskelschwäche)

### Stoffwechsel:

(z.B. Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse)

Bei Frauen: **Schwangerschaft?**  Nein  Ja, seit: \_\_\_\_\_

Hattest Du **fieberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was / wann)

Hattest / Hast Du sonstige **Krankheiten, Fehler oder Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was / wann)

Wieviel **Alkohol** trinkst Du? (Art / Menge) \_\_\_\_\_ Rauchst Du? (Art / Menge) \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nimmst Du?

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

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_