

MEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHER/INNEN

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Kassa :

Gerätetauchen seit: Brevetierung: Anzahl der Tauchgänge:0
Sonstige Sportarten: wie oft:

Krankheitsvorgeschichte

gesamte Vorgeschichte

Ergänzungen seit Untersuchung vom

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|
| 1. Tauchunfall: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 1. Operationen/Unfälle: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 2. Kopf/Hirn/NS | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 3. Psyche | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 4. Augen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 5. Nase/NNH | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 6. Ohren | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 7. Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 8. Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 9. Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 10. Niere/Harnwege/Genit. | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 11. Haut/Muskulatur | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 12. Knochen/Gelenke | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 13. Stoffwechsel/SD/DM | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 14. Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 15. fieberhafte Erkr.(Monate) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 16. andere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: |
| 17. Alkohol | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja wie viel: |
| 18. Rauchen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja wie viel: |
| 19. Medikamente | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja welche: |
| 20. Frauen: schwanger | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja SSW: |
| 21. Lungenröntgen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja wann: Bef: |
| 22. Ruhe/Belast.-EKG | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja wann: Bef: |
| 23. Ergänzungen: | | |

Datum, Unterschrift TaucherIn:

Dr. Peter Rosenberger

Name:

Körperliche Untersuchung

Größe: cm Gewicht: kg BMI:

- | | | |
|----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 1. Haut | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 2. Augen | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 3. Nase/NNH | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 4. Ohren/Trommelfell | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 5. Mundhöhle/Tons. | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 6. Hals | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 7. Thorax | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 8. Lunge | <input type="checkbox"/> sonor/VA | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 9. Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> rein,rh,nc | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 10. Blutdruck re: | 0/0mmHg | li:122/86mmHg |
| 11. Puls: | 70/min | |
| 12. Abdomen | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 13. Urogenitaltrakt | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 14. Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 15. ZNS/PNS | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 16. Psyche | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |

Spezielle Untersuchungen

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Thorax-Rö (fakul.)n.d | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 1. Lungenfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Befund: |

	Soll-Wert	Ist-Wert	% der Norm
Ruhe-VC			
FVC			
FEV1			
FEV1/VC			

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| 4. Ruhe-EKG | <input type="checkbox"/> SR, NT, o.B | <input type="checkbox"/> Befund: |
| 5. Ergometrie ab 40.LJ + 2 Risikofaktoren obligat | <input type="checkbox"/> o.B. | rel.LF: HF-max: /min P-max: Watt |
| | Abbruch: | |
| | Befund: | |
| 6. Labor (fakul.) | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> in Kopie beiliegend |

Zusammenfassung

Risikofaktoren:

- Gesamtbeurteilung:** tauchtauglich ohne Einschränkungen
 mit Einschränkungen
 nicht tauchtauglich Begründung:

Nachuntersuchung:

Ärztliches Zeugnis: Tauchtauglichkeit für Sporttaucher ausgehändigt

Viel Spaß beim Tauchen und Gut Luft!