

Tauglichkeitsuntersuchung für Sporttaucher

nach den Richtlinien der GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.,
weitere Erläuterungen in den Richtlinien, erhältlich über das Sekretariat der GTÜM e.V.

www.gtuem.org

UNTERSUCHENDER ARZT

ADRESSE / STEMPEL: _____

Teil A: ist vom Untersuchten selbst auszufüllen. (Druckschrift). Alle Angaben und ärztlichen Feststellungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Von dieser kann nur der Untersuchte den Arzt befreien. Die Schweigepflicht besteht über den Tod des Untersuchten hinaus. Dieser Untersuchungsbogen verbleibt beim Arzt. Er kann aber auch dem Untersuchten selbst ausgehändigt werden. Es liegt im ausschließlichen Interesse des Untersuchten, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Durch die eigenhändige Unterschrift des Untersuchten wird die wahrheitsgemäße Beantwortung von diesem bestätigt. Vor dem Ausfüllen dieses Bogens durch den Arzt muß eine Kopie der Tauchtauglichkeitsbescheinigung (letzte Seite) angefertigt werden. Diese wird dem Untersuchten ausgehändigt. Das positive Resultat bitte auch im Taucherpaß bekunden.

PERSONALIEN:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: ____/____/____.

Ort: _____ Straße: _____ Beruf: _____

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten sie jemals einen Zwischenfall beim Tauchen oder einen Tauchunfall? (Datum/Art):

z.B.: häufiger Kopfschmerz beim Tauchen oder Schwindel, Trommelfellriß, Luftembolie, Barotrauma, Dekompressionsunfall

ANZAHL DER BISHERIGEN TAUCHGÄNGE: _____

SONSTIGE SPORTLICHE BETÄTIGUNG (WAS / WIE OFT): _____

KRANKENVORGESCHICHTE

GESAMTE VORGESCHICHTE

oder

ERGÄNZUNGEN SEIT LETZTER UNTERSUCHUNG VOM: _____

(nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt!)

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

Haben oder hatten sie Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen (was / wann):

- **KOPF, GEHIRN, NERVENSYSTEM:**

(Schädelhirnverletzungen, incl. Gehirnerschütterungen, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall von Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbago, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen)

- **Psyche:**

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacken, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

- **Augen:**

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillen- oder Kontaktlinsenträger)

- **Nase, Nasennebenhöhlen:**

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

- **Ohren:**

(Mittelohrentzündung, Gehörgangentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

- **Atmungsorgane:**

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot durch leichte oder kalte Luft)

- **Herz – Kreislauf – System:**

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, evtl. ausstrahlend, Herzrhythmusstörungen, 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) : _____

Welche **Medikamente** nehmen sie? (Art/ Menge) : _____

Letzte **Röntgenaufnahme** der Lunge? (wo / wann) : _____

Letztes Ruhe- oder Belastungs – **EKG**? (wo / wann) : _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Teil B: ist vom untersuchenden Arzt auszufüllen. Die Untersuchung ist gegebenenfalls entsprechend dem klinischen Bild zu erweitern und durch Facharztbefunde zu ergänzen. Eine erweiterte Untersuchung kann auch bei Tauchlehrern, Wettkämpfern oder bei Erstuntersuchung von Tauchern über 40 Jahre erforderlich sein. Nachuntersuchungen sind bei unauffälligem Befund nach 2 Jahren, bei einem Alter unter 14 Jahren und über 40 Jahren nach einem Jahr erforderlich, außerdem nach schweren Erkrankungen. Gegebenenfalls sind bei bestimmten Befunden oder bei eingeschränkter Tauglichkeit auch kürzere Untersuchungsintervalle möglich. Eine eingeschränkte Tauglichkeit kann z.B. bei Jugendlichen oder bei Behinderten gegeben sein. Tiefenbeschränkungen sind im allgemeinen nicht sinnvoll.

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Alter: _____ (Jahre)

Größe: _____ (cm)

Gewicht: _____ (kg)

Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen)

Haut:

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

Kopf: - Augen:

(Pupillenreaktion, Sehschärfe r/l, Brillenträger Dioptriezahl, eine Augenärztliche Untersuchung ist sinnvoll, wenn: a) binokulare Sehleistung < 0,7 , b) Alter > 50 Jahre, c) Alter > 40 Jahre und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z.n. Katarakt-OP)

- **Nase, Nasennebenhöhlen:**

(unbehinderte Nasenatmung, Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?)

- **Ohren:**

(Gehörgänge, Trommelfellbefund: Perforation? Atrophische Narbe – Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? Tubendurchgängigkeit? – Hörvermögen r/l bei Flüstersprache?)

- **Mundhöhle:**

(Barotraumagefährdung bei massiver Karies und schlechten Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?)

Hals:

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der Carotis – Carotisstenose?)

Thorax:

(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorische – expiratorische Umfangdifferenz in Höhe der Mamillen sollte 5 cm nicht unterschreiten.)

Lunge:

(Perkussion und Auskultation)

Herz / Kreislauf:

(Perkussion und Auskultation, Pathologische Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung, RR / Puls)

Abdomen:

(Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien)

Urogenitaltrakt:

(Nierenlager – Kopfschmerz)

Bewegungsapparat:

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung – HWS, LWS? Klopfschmerz der Wirbelsäule, Blockierung der Extremitätengelenke)

ZNS / peripheres Nervensystem:

(Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik, Atrohien, Paresen, pathologische Reflexe, Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität – halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, neurologische Ausfälle bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

Vegetativum:

(vermehrte Schweißneigung, Dermographismus)

Psyche:

(Angstreaktionen, Klaustro- oder Agrophobie, Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage – gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, psychische Auffälligkeiten bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN:

Rö – Thorax:

Beurteilung: _____

(bei jeder Erstuntersuchung, möglich in 2 Ebenen, bei Nachuntersuchungen nur, wenn klinisch angezeigt.)

	Istwert	Sollwert	% der Norm
<u>LUNGENFUNKTION:</u>			
1. Ruhe- Vitalkapazität VC:	_____	2. Forcierte Vitalkapazität FVC:	_____ .
3. Expirator. Sek. Kapazität FEV:	_____	4. Quotient FEV 1 / VC (%) :	_____ .

Beurteilung: _____

(obstruktive oder restriktive Ventilationstörung? Ggf. Bodyoethysmographie / CO – Diffusion)

LABOR:

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)

RUHE – EKG

Beurteilung: _____

(Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

ERGOMETRIE (Maximaltest)

Belastungsart: _____

(Fahrradergometrie sitzend oder liegend oder Laufband, Schema I für Untrainierte, Schema II für Trainierte, unzutreffendes Schema streichen)

SCHEMA I	SCHEMA II	PULS	RR
2MIN	3MIN	SYST. / DIAST..	
RUHE		/	
25 W	50 W	/	
50 W	100 W	/	
75 W	150 W	/	
100 W	200 W	/	
125 W	250 W	/	
150 W	300 W	/	
175 W	350 W	/	
200 W	400 W	/	
225 W	450 W	/	
250 W	500 W	/	
275 W	550 W	/	
ERHOLUNG		/	
		/	
		/	
		/	
		/	

AUSWERTUNG DES MAXIMALTEST

HF von min. (200 – Lebensalter) erreicht? ja / nein

Solleistung = Gewicht (kg) x 3 (m.) bzw. 2,5 (w.) = _____ Watt

Alterskorrektur: -10% pro Dekade ab. 4. Dekade - _____ %

alterskorrigierte Solleistung Soll = _____ Watt

erbrachte Leistung Ist = _____ Watt

Relative Leistungsfähigkeit Ist/Soll = _____ %

Leistungsbewertung: _____

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

Beurteilung des Blutdruckverhaltens: _____

Belastungs – EKG

Beurteilung: _____

(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

**TAUCHTAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG FÜR SPORTTAUCHER
MEDICAL FITNESS CERTIFICATE FOR SPORT DIVERS
ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PLONGEE**

nach den Richtlinien der Gesellschaft für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. 1992) ist:
in accordance with the guidelines of TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. 1992) is:
suivant les directives de la TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. 1992) est:

Name, Vorname:

name, christian name:

nom, prénom:

Geb. Datum:

date of birth:

date de naissance:

Adresse:

address:

adresse:

**TAUCHTAUGLICH
FIT FOR DIVING
APTE A PLONGER**

**TAUCHTAUGLICH MIT EINSCHRÄNKUNGEN
FIT FOR DIVING WITH RESTRICTIONS
APTE A PLONGER AVEC DES RESTRICTIONS**

**NICHT TAUCHTAUGLICH
NOT FIT FOR DIVING
INAPTE A PLONGER**

(Nichtzutreffendes streichen. strike out wrong statements. barrer la mauvaise mention.)

EINSCHRÄNKUNG:

restrictions:

restrictions: _____

UNTERSUCHUNGSDATUM:

examination date:

date d'examen: _____

NÄCHSTE UNTERSUCHUNG:

next examination:

prochein examen: _____

(Unterschrift, Stempel – signature, stamp – signature, cachet)

Ausfertigung: Untersucher

TAUCHTAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG FÜR SPORTTAUCHER
MEDICAL FITNESS CERTIFICATE FOR SPORT DIVERS
ATTESTATION MEDICALE D'APTITUDE A LA PLONGEE

nach den Richtlinien der Gesellschaft für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. 1992) ist:
in accordance with the guidelines of TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. 1992) is:
suivant les directives de la TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V. (GTÜM e.V. 1992) est:

Name, Vorname:
name, christian name:
nom, prénom:

Geb. Datum:
date of birth:
date de naissance:

Adresse:
address:
adresse:

<input type="checkbox"/> TAUCHTAUGLICH FIT FOR DIVING APTE A PLONGER	<input type="checkbox"/> TAUCHTAUGLICH MIT EINSCHRÄNKUNGEN FIT FOR DIVING WITH RESTRICTIONS APTE A PLONGER AVEC DES RESTRICTIONS	<input type="checkbox"/> NICHT TAUCHTAUGLICH NOT FIT FOR DIVING INAPTE A PLONGER
---	---	---

(Nichtzutreffendes streichen. strike out wrong statements. barrer la mauvaise mention.)

EINSCHRÄNKUNG:
restrictions:
restrictions:

UNTERSUCHUNGSDATUM:
examination date:
date d'examen:

NÄCHSTE UNTERSUCHUNG:
next examination:
prochein examen:

(Unterschrift, Stempel – signature, stamp – signature, cachet)

Ausfertigung:

Kopie für Verein, etc.

Bemerkung:

Tauchtauglichkeit unbedingt im Taucherpaß bestätigen lassen.

Der Vordruck kann über die Homepage der Gesellschaft für Tauch- und Überdruck Medizin (GTÜM) www.gtuem.org im der jeweils upgedateten Fassung downgeloaded werden.

Für Kinder und Jugendliche lest bitte das Begleitschreiben des Verband Deutscher Sporttaucher (VDST) durch und gebt dieses im Vorfeld dem untersuchenden Arzt.

Der Vordruck kann bei www.vdst.de oder www.tgp-papenburg downgeloaded oder nach dem Training im Clubheim empfangen werden.