



MEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN

nach den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH)

Arztstempel

Teil A

PERSONALIEN

Name, Vorname: Geb. Datum:
Adresse: Beruf:
Tel./Fax: Hausarzt:

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Gerätetauchen seit: Anzahl der Tauchgänge:

Tauchverfahren:

- offene Systeme Kreislaufgeräte Mischgastauchen Höhlentauchen
 Wracktauchen Einsatz- bzw. Rettungstauchen Tauchlehrer bzw. -ausbilder

Sonstige Sportarten:

- fallweise regelmäßig, mal wöchentlich

KRANKHEITSVORGESCHICHTE

GESAMTE Vorgeschichte

oder

ERGÄNZUNGEN seit der letzten Untersuchung vom:
(nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

1. Hatten Sie jemals einen Tauchunfall oder Tauchzwischenfall?

(Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

nein ja:
.....
.....

2.

3. Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwerere Verletzungen oder Unfälle?

nein ja:
.....
.....

Hatten/haben Sie Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen?

4. Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(Schädel-Hirnverletzung incl. Gehirnerschütterung, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, Seekrankheit, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, Lumbago, sonstige neurologischen Erkrankungen)

nein ja:

4. Psyche:

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

nein ja:

5. Augen:

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger: Stärke des Sehbehelfs, erhöhter Augeninnendruck)

nein ja:

6. Nase, Nasennebenhöhlen:

(häufige Katarrhe, allergischer Schnupfen, Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

nein ja:

7. Ohren:

(Gehörgangsentzündung, Mittelohrentzündung, Trommelfellriss, Hörstörung, Ohrgeräusche, Schwindel)

nein ja:

8. Atmungsorgane:

(Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Atemnot und/oder Husten bei leichter Anstrengung oder durch kalte Luft, Pneumothorax)

nein ja:

9. Herz-Kreislaufsystem:

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl/Schmerzen im Brustkorb, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Thrombosen, Embolien)

nein ja:

10. Verdauungsorgane:

(Aufstossen, Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Gallensteine, Leistenbrüche)

nein ja:

11. Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane:

(Nieren-, Nierenbecken- bzw. Blasenentzündungen, Nierensteine)

nein ja:

12. Haut, Muskulatur:

(Ausschläge, Entzündungen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

nein ja:

13. Knochen, Gelenke:

(Brüche, Verrenkungen (Luxationen), Rheumatismus, Bandscheibenschäden, Bewegungseinschränkungen)

nein ja:
.....

14. Stoffwechsel:

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, der Nebenniere, Tetanie, Zuckerkrankheit)

nein ja:
.....

15. Leiden Sie an Allergien?

nein ja:
.....

16. Hatten Sie in den letzten Monaten fieberhafte Erkrankungen?

nein ja:
.....

17. Hatten/haben Sie sonstige Krankheiten, Ausfälle oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein ja:
.....

18. Trinken Sie alkoholische Getränke?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:

19. Rauchen Sie?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:

20. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:
.....
.....

21. Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

nein ja, in der Woche

22. Wurde innerhalb der letzten Jahre eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt?

nein ja, vor Monat(en)/Jahr(en) Begründung:
.....

23. Wurde innerhalb der letzten Jahre ein Ruhe- oder Belastungs-EKG durchgeführt?

nein ja, vor Monat(en)/Jahr(en) Begründung:
.....

24. Ergänzungen:
.....

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

Datum: Unterschrift des Probanden:

Unterschrift/Stempel des Arztes:

Teil B

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Alter: Jahre Grösse: cm Gewicht: kg BMI: kg/m²

1. Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Missbildungen, Amputationen)

o.B. Befund:

2. Haut:

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

o.B. Befund:

3. Augen:

(Opto- / Pupillomotorik, Sehschärfe li / re, bei Brillen- / Kontaktlinsenträgern: Dioptrienangabe, eine augenärztliche Kontrolle ist indiziert wenn: a) binokulare Sehleistung < 0,7, b) Alter > 50 J., c) Alter > 40 J. und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z. n. Augen-Op., f) bei Myopie, g) bei Augenentzündungen und anderen Augenkrankheiten)

o.B. Befund:

4. Nase, NNH:

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

o.B. Befund:

5. Ohren:

(Gehörgänge, Trommelfell: Perforation, atrophische Narbe – Belastbarkeit bei Valsalva-Manöver, Tubendurchgängigkeit, Hörvermögen li / re)

o.B. Befund:

6. Mundhöhle, Tonsillen, Rachenraum:

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

o.B. Befund:

7. Hals:

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der A. carotis – Stenose)

o.B. Befund:

8. Thorax:

(Thoraxform, symmetrische Atemexkursion, inspiratorisch-expiratorische Umfangdifferenz in Mamillenhöhe \geq 5 cm)

o.B. Befund:

9. Lunge:

(Perkussion, Auskultation)

o.B. Befund:

10. Herz / Kreislauf:

(Perkussion, Auskultation, patholog. Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung)

o.B. Befund:

RR: rechts:/.....mm Hg links:/..... mm Hg Puls:/min

11. Abdomen:

(Leber- oder Milzvergrößerung, pathologische Resistenzen, Hernien)

o.B. Befund:
.....

12. Urogenitaltrakt:

(Nierenlager-Klopfschmerz)

o.B. Befund:
.....

13. Bewegungsapparat:

(Kyphose, Skoliose; Druck- oder Klopfschmerz bzw. Blockierung der HWS, BWS, LWS; Bewegungseinschränkungen der Extremitätengelenke; Beschwerden bei Belastung)

o.B. Befund:
.....

14. Zentrales / peripheres Nervensystem:

(Gesichts- und Schluckmotorik; Extremitätenmotorik: Atrophien, Paresen; Reflexstatus; Koordination der Motorik; Fingertremor; Romberg; Sensibilität: halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall; frontale Zeichen; neurologische Ausfälle bedürfen fachärztlicher Abklärung)

o.B. Befund:
.....

15. Psyche:

(Angstreaktionen; Klaustro- oder Agoraphobie; Paniksyndrom; psychot. Zeichen; Suchtkrankheit incl. Alkohol; paranoide Reaktionen; Halluzinationen; Stimmungslage: gehoben / depressiv; Antriebsminderung; verlangsamte Reaktion; posttraumat. Stress-Syndrom; sonstige Verhaltensstörungen)

o.B. Befund:
.....

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

16. Thorax-Röntgen:

(bei Erstuntersuchung empfohlen; ansonsten nur indiziert, wenn ein entsprechender klinischer Befund vorliegt)

o.B. Befund:
.....
.....

17. Lungenfunktion:

(obligat; obstruktive / restriktive Ventilationsstörung; ggf. Bodyplethysmographie; Provokationstests nur durch den Lungenfacharzt)

	Soll-Wert [l]	Ist-Wert [l]	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität (VC)			
Forcierte Vitalkapazität (FVC)			
Absolute Sekundenkapazität (FEV ₁)			
Quotient FEV ₁ / VC			

o.B. Befund:
.....
.....

18. Ruhe-EKG:

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

o.B. Befund:
.....

19. Ergometrie mit Ausbelastung:

(fakultativ; ab 40. Lebensjahr und ≥ 2 Risikofaktoren obligat)

Belastungsart: Fahrradergometer (sitzend / liegend)
 Laufband

Belastungs-EKG:
 (Rhythmusstörungen, Ischämiezeichen)

o.B. Befund:

Leistungsbewertung:
 (Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Blutdruckverhalten, Trainingsempfehlung)

.....

20. Labor:

(fakultativ)

Blutbild:		Sonstiges:		Harnstreifentest:	
Hb:	g/dl	BSG:	/ mm/h	Glukose:	
Erys:	mio/ μ l	BZ nü:	mg/dl	Proteine:	
Leukos:	/ μ l			Erys:	

o.B. weitere Untersuchungen:

ZUSAMMENFASSUNG

Risikofaktoren:

keine Art:

Gesamtbeurteilung:

tauchtauglich ohne Einschränkungen
 mit Einschränkungen:

nicht tauchtauglich Begründung:

Nachuntersuchung:

nicht erforderlich in 2 Jahren in 1 Jahr in Monat(en)

Datum: Unterschrift /Stempel des Arztes:

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND HYPERBARMEDIZIN
AUSTRIAN UNDERWATER AND HYPERBARIC MEDICAL SOCIETY
SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE DE MÉDECINE SUBAQUATIQUE ET HYPERBARE
SOCIEDAD AUSTRIACA DE MEDICINA SUBACUÁTICA E HIPERBARICA



ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA DIVING
CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE
CERTIFICADO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO RECREATIVO CON ESCAFANDRA

NAME / NAME / NOM / NOME

Oben genannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (Ausgabe 2001) auf die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

This person has been examined following the fitness to dive guidelines of the Austrian Underwater and Hyperbaric Medical Society (edition 2001) for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la Société Autrichienne de Médecine Subaquatique et Hyperbare (édition 2001). Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

Se ha realizado un reconocimiento médico siguiendo las recomendaciones de 2001 sobre aptitud para el buceo recreativo con escafandra de la Sociedad Austríaca de Medicina Subacuática e Hiperbárica. No se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para el buceo.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS /
RESTRICTION / RESTRICCIÓNES**

NACHUNTERSUCHUNG / NEXT EXAMINATION / EXAMEN ULTERIEUR / PROXIMO EXAMEN

ORT, DATUM / PLACE, DATE / LIEU, DATE / LUGAR, FECHA

**ARZT (STEMPEL, UNTERSCHRIFT) / PHYSICIAN (STAMP, SIGNATURE) /
MÉDECIN (TIMBRE, SIGNATURE) / MEDICO (SELLO, FIRMA)**

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND HYPERBARMEDIZIN
AUSTRIAN UNDERWATER AND HYPERBARIC MEDICAL SOCIETY
SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE DE MÉDECINE SUBAQUATIQUE ET HYPERBARE
SOCIEDAD AUSTRIACA DE MEDICINA SUBACUÁTICA E HIPERBARICA



ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA DIVING
CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE
CERTIFICADO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO RECREATIVO CON ESCAFANDRA

NAME / NAME / NOM / NOME

Oben genannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (Ausgabe 2001) auf die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

This person has been examined following the fitness to dive guidelines of the Austrian Underwater and Hyperbaric Medical Society (edition 2001) for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la Société Autrichienne de Médecine Subaquatique et Hyperbare (édition 2001). Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

Se ha realizado un reconocimiento médico siguiendo las recomendaciones de 2001 sobre aptitud para el buceo recreativo con escafandra de la Sociedad Austríaca de Medicina Subacuática e Hiperbárica. No se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para el buceo.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS /
RESTRICTION / RESTRICCIÓNES**

NACHUNTERSUCHUNG / NEXT EXAMINATION / EXAMEN ULTERIEUR / PROXIMO EXAMEN

ORT, DATUM / PLACE, DATE / LIEU, DATE / LUGAR, FECHA

**ARZT (STEMPEL, UNTERSCHRIFT) / PHYSICIAN (STAMP, SIGNATURE) /
MÉDECIN (TIMBRE, SIGNATURE) / MEDICO (SELLO, FIRMA)**