

TAUCHTAUGLICHKEITS – UNTERSUCHUNG

Teilnehmer Angaben (vertraulich)



Neutorstr. 45 - 5020 Salzburg
Tel. + Fax 0662 - 83 03 69
www.tauchschule.com

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

A) Medizinische Vorgeschichte – bitte zutreffende Punkte ankreuzen

<input type="checkbox"/>	1 Frühere Taucherfahrung	<input type="checkbox"/>	13 Epilepsie	<input type="checkbox"/>	24 Bestehende Schwangerschaft
<input type="checkbox"/>	2 Weitere Sportliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	14 Herz-Probleme	<input type="checkbox"/>	25 Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	3 EKG gemacht	<input type="checkbox"/>	15 Chronischer Husten	<input type="checkbox"/>	26 Raucher
<input type="checkbox"/>	4 Probleme beim Druckausgleich	<input type="checkbox"/>	16 Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	27 Alkohol- / Drogenprobleme
<input type="checkbox"/>	5 Schwindel oder Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	17 Ärztliches Verbot	<input type="checkbox"/>	28 Bewegungs-Störungen
<input type="checkbox"/>	6 Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	bestimmter Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	29 Klaustrophobie
<input type="checkbox"/>	7 Kürztl. Operation oder Krankheit	<input type="checkbox"/>	18 Ohren Probleme	<input type="checkbox"/>	30 Nervenzusammenbruch
<input type="checkbox"/>	8 Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	19 Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	31 Diabetes
<input type="checkbox"/>	9 Ernsthafte Verletzungen	<input type="checkbox"/>	20 Asthma	<input type="checkbox"/>	32 Brille oder Kontaktlinsen
<input type="checkbox"/>	10 Körperbehinderung	<input type="checkbox"/>	21 Nebenhöhlen Probleme	<input type="checkbox"/>	33 Hör-Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	11 Regelm. Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	22 Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	34 Schmerzen in der Brust
<input type="checkbox"/>	12 Allergien, auch Medikamente	<input type="checkbox"/>	23 Atem-Probleme	<input type="checkbox"/>	35 Sonstige medizinische Probleme

B) Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhaus-Aufenthalte: _____

C) Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente: _____

D) Letzte ärztliche Untersuchung: _____ Lunge letztmals geröntgt: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

AN DEN ARZT

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdrucks sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.

Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten angeführten Punkte und vermerken sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik „Bemerkungen“.

- A) MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE
B) ÄRZTLICHE STANDARD-UNTERSUCHUNG
C) BESONDERS BEACHTEN: Ohren / Nebenhöhlen
 Atemsystem / Lunge
 Herz - Kreislauf
 Körperliche Fitness
 Emotionale und Psychische Stabilität

BEMERKUNGEN:

TAUGLICH NICHT TAUGLICH FÜR DAS TAUCHEN MIT PRESSLUFTGERÄT

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____