

MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN



nach den Richtlinien (Ausgabe 1998) der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V. (GTÜM e. V.), ergänzende Erläuterungen in den Richtlinien, zu beziehen über das Sekretariat der GTÜM e. V.

Untersuchender Arzt

Adresse/Stempel: _____

PERSONALIEN

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____ Beruf: _____

Telefon, Fax (dienstl./privat): _____

Hausarzt: _____

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

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

_____ (z. B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Bisherige **Tauchgänge** (Anzahl): _____

Tauchverfahren (Art/Häufigkeit):

_____ (z. B. Rebreather- oder Mischgastauchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige Sportarten (was/wie oft): _____

Teil A _____

Krankheitsvorgeschichte

GESAMTE Vorgeschichte

oder

ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____

_____ (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 und Körperfunktionen? (was/wann):

- Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(Schädelhirnverletzung, incl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbago, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen)

- Psyche:

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonst. psychische Erkrankungen)

- Augen:

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

- Nase, Nasennebenhöhle

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

- Ohren:

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

- Atmungsorgane:

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

- Herz-Kreislauf-System:

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl/Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

- Verdauungsorgane:

(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche)

- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:

(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine)

- Haut, Knochen, Gelenke, Muskulatur:

(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

- Stoffwechsel

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

- bei Frauen: **Schwangerschaft?** _____

Hatten Sie **fiieberhafte 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? _____

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

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

Datum: _____ Unterschriften, Proband: _____ Arzt: _____

Körperliche Untersuchung

Alter: ____ Jahre **Größe:** _____ cm **Gewicht:** _____ Kg **BMI:** _____

Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen)

Haut:

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

Kopf: - Augen:

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

- Nase, NNH:

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

- Ohren:

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

- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:

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

Hals:

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

Thorax:

(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorisch-expiratorische Umfangsdifferenz 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-Klopfschmerz?)

Bewegungsapparat:

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung - HWS, LWS? Klopfschmerz der Wirbelsäule, Blockierung von Extremitätengelenken)

ZNS/peripheres Nervensystem:

Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik - Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe - Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, neurologische Ausfälle bedürfen e. fachärztlichen Untersuchung)

Psyche:

Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie, Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom)

- Seite 3 - © Copyright by GTÜM e. V. 1998

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

Rö-Thorax (fakultativ, ansonsten nur wenn klinisch angezeigt)

Beurteilung: _____

	Istwert	Sollwert	% der Norm
Lungenfunktion (obligat)			
Ruhe-Vitalkapazität	VC		
Forcierte Vitalkapazität	FVC		
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1		
Quotient FEV1/VC	(%)		

Beurteilung: _____
(obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie / Provokationstest nur durch Lungenfacharzt)

Ruhe-EKG (obligat)

Beurteilung: _____
(Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

Labor (fakultativ)

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)

Ergometrie mit Ausbelastung (fakultativ, ab 40. Lebensjahr obligat)

Belastungsart: _____
(Fahrradergometrie sitzend oder liegend / Laufband)

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

Beurteilung des Blutdruckverhaltens: _____

Belastungs-EKG:

Beurteilung: _____
(Rhythmusstörungen? Ischämiezeichen?)

ZUSAMMENFASSUNG

Risikofaktoren: _____

Bemerkungen: _____

Beurteilung: _____

GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND ÜBERDRUCKMEDIZIN E. V.

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



NAME / NOM / NOME

Obgenannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der GTÜM (Ausgabe 1998) für die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical! pratiqué selon les recommandations de la GTÜM (édition 1998). Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue á la pratique de la plongée en scaphandro autonome.

Se ha practicado un examen médico de aptitud a la persona arriba indicada, de acuerdo con las recomendaciones de la GTÜM (ed. 1998), y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTÜM (edition 1998) for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

EINSCHRÄNKUNGEN / LIMATATIONS / RESTRICCIONES

NACHUNTERSUCHUNG / EXAMEN ULTERIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION

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

ARTZ (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDECIN (SIGNATURE, TIMBRE)
MEDICO (FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)
