



Familienpraxis
Daniel Perreau
Facharzt für Allgemeinmedizin

Tauchmedizinischer Untersuchungsbogen

Gemäß den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der österreichischen Gesellschaft für Tauch – und Hyperbarmedizin (ÖGTH).

Untersuchender Arzt, Adresse / Stempel:

Teil A – vom Taucher auszufüllen

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Österreich, SV-Nummer

Adresse (PLZ, Stadt, Straße, Nr.): _____

Telefon (dienstlich/privat): _____

Hausarzt: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Tauchausbildung: _____ Jahr: _____

Bisherige Tauchgänge (Anzahl): _____

Tauchverfahren (Art/Häufigkeit): _____

z.B. SCUBA, Nitrox, Technisches Tauchen, Höhlen-/Eis-/Wrack-Tauchen, Apnoe, Tauchausbilder



Einsatztaucher

Sonstige Sportarten: _____ x pro Woche

Schwimmen: Schwimmer Nichtschwimmer

Krankheitsvorgeschichte

Gesamte Krankheitsvorgeschichte oder

Ergänzungen seit letzter Untersuchung vom: _____

Familienanamnese: _____

z.B. plötzliche Todesfälle, vererbare Krankheiten, Krebserkrankungen,
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit

**Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, Krankenhausauf-
enthalte als Kleinkind:** _____

**Krankenhausbehandlungen, Operationen, schwere Verletzungen, Unfälle,
Knochenbrüche (was/wann/wo):** _____

Hatten Sie jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (Was/wann): _____

Deko-Unfall mit Schmerzen, Gefühlsstörungen, Hautsymptome nach Tauchen,
Gasembolie, Panikreaktion, Tiefenrausch, Erschöpfung, extreme Müdigkeit,
Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen



Bisherige Beschwerden und Erkrankungen (was/wann)

Kopf, Gehirn, Nervensystem: _____

Schädelhirnverletzung, inkl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewusstlosigkeit, Blackout, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Hexenschuss, irgendwelche sonstige neurologischen Erkrankungen

Psyche: _____

Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen/auf freien Plätzen, ADS/ADHS, Panikattacke, Depression/depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen, Höhenangst, Burnout, Abhängigkeit von Drogen, Alkohol oder Medikamenten, Behandlung bei Psychiater/Neurologe

Augen: _____

Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, Stärke der Visuskorrektur, erhöhter Augeninnendruck, Laser-OP, gestörtes Farbsehen

Nase, Nasennebenhöhlen: _____

Häufige Erkältungen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen

Ohren: _____

Mittelohrentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Paukenröhrchen, Ohrinfektion

Zähne: _____

Zahnprobleme, Prothesen

Atmungsorgane: _____

Tuberkulose, Lungen-/Rippenfell-Entzündung, Asthma, chron. Bronchitis, Pneumothorax, Atemnot bei Anstrengung/kalter Luft, Brustkorb-OP, Blut spucken



Herz-Kreislauf-System: _____

Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl/Schmerz im Brustkorb,
Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen,
Operationen, Thrombosen, Embolien

Verdauungsorgane: _____

Aufstoßen/Sodbrennen, Magen-/Zwölffingerdarm-Geschwür, Koliken, Bauchwand-/Leistenbruch,
Gallensteine, chron. Darm-Erkrankungen, Neigung zu Durchfällen

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane: _____

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, urologische
OPs/Gynäkologische OPs

Knochen,Gelenke: _____

Rheumatisches Fieber, Gelenkentzündung, Arthrose, Ischias, Hexenschuss, Bandscheibenschäden,
häufige Gelenkluxationen, Knochenbrüche, Bewegungseinschränkungen, Unfallfolgen

Muskulatur: _____

Angeborene oder erworbene Muskelschwäche, Muskelzerrungen, Sehnenrisse

Haut: _____

Hauterkrankungen, Ausschläge, Entzündungen, Pilzkrankungen, allergische Reaktionen

Stoffwechsel: _____

Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse/Nebenniere, Gicht,
Fettstoffwechselstörungen



Aktueller Status

Hatten Sie **fieberhafte Erkrankungen** oder **sonstige Infektionskrankheiten** in den letzten Monaten? (Was/wann): _____

Hatte oder haben Sie sonstige **Krankheiten** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann) z.B. Krebs-Erkrankungen: _____

Sind Sie aktuell oder waren sie im letzten Jahr in ärztlicher Untersuchung oder Behandlung?

Trinken sie **Alkohol**? (Art/Menge: nie/gelegentlich/regelmäßig): _____

Rauchen Sie? (Art/Menge): _____

Nehmen Sie **Medikamente**? (Drogen, Nahrungsergänzungsmittel; regelmäßig/gelegentlich): _____

Allergien (evtl. Medikamenten-Nebenwirkungen)?: _____

Frauen: besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? _____

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



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

Letzte **Tauchtauglichkeit-Untersuchung** (wann/wo): _____

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

Datum

Unterschrift des Tauchers / des/der Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes