



MED. 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 finden unter <http://www.gtuem.org>



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 Mischgastauen, 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 oder Körperfunktionen? (was/wann):

- Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(Schädelhirnverletzung, inkl. 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, Nasennebenhöhlen:

(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 **fiebrhafte 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** d. **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. Augen-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:

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

Hals :

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über den Carotiden - 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 inkl. 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 - inkl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom)

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

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

Beurteilung: _____

Lungenfunktion (obligat)

	Istwert	Sollwert	% der Norm
Inspiratorische Vitalkapazität	VC		
Forcierte Vitalkapazität	FVC		
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1		
Quotient FEV 1/ VC	[%]		

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

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 un auffällig / 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: _____

EKG-Beurteilung: _____
(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

ZUSAMMENFASSUNG

Risikofaktoren: _____

Bemerkungen: _____

Beurteilung: _____