

Personalien

Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Adresse: _____

Telefon (privat/dienstl.): _____ Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____ Beruf: _____

Möchtest Du an Deine nächste Tauchtauglichkeitsuntersuchung erinnert werden?

 Ja, per Telefon, Post, E-Mail Nein**Sportliche Betätigung:**

Taucher seit: _____ Anzahl der Tauchgänge: _____ Brevet: _____

Jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was / wann)_____
(z. B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen?)**Sonstige Sportarten** (was / wie oft):_____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg ggf. BMI: _____**Krankheitsvorgeschichte:** **GESAMTE** Vorgeschichte

oder

 ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____ (TT.MM.JJJJ)

(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:

(z. B. Schädelhirnverletzung, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne, epileptische Anfälle, Seekrankheit)

Psyche:

(z. B. Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmung in engen Räumen / auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression / depressive Phasen)

Augen:

(z. B. Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

Nase, Nasennebenhöhlen:

(z. B. häufiger Schnupfen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

Ohren:

(z. B. Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

Atmungsorgane:

(z. B. TBC, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Husten durch Anstrengung oder kalte Luft)

Herz-Kreislaufsystem:

(z. B. Herzfehler, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Rhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

Verdauungsorgan und Nieren:

(z. B. Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, Nierenentzündungen, Blasenentzündung, Nierensteine)

Haut, Knochen, Gelenke, Muskulatur:

(z. B. Allergien, Gelenkrheumatismus, Gicht, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, häufige Ausrenkungen, Muskelschwäche)

Stoffwechsel:

(z. B. Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse)

Bei Frauen: **Schwangerschaft?** Nein Ja, seit: _____

Hatten Sie **fieberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was / wann)

Hatten / 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: _____ Unterschrift Kunde: _____ Arzt: _____