



## Tauchtauglichkeitsuntersuchung

**Fit 4 dive**   
 Brauweiler Str. 71  
 50859 Köln

Tel 0 22 34 - 389 40 00  
 Fax 0 22 34 - 389 40 01  
 Mobil 0 170 - 166 48 17  
 e-Mail info@fit4dive.de  
 Web: www.fit4dive.de

Inhaber: Jörg u. Viola Esch  
 Steuernr. 223/5069/1594  
 USt-IdNr. DE 814797773

Name, Vorname.....

Geb. am.....

**A Medizinische Vorgeschichte und Selbstauskunft** (Bitte zutreffende Punkte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Frühere Taucherfahrung	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> chronischer Husten
<input type="checkbox"/> Weitere sportliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/> Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> EKG gemacht	<input type="checkbox"/> chronische Erkältung	<input type="checkbox"/> Raucher
<input type="checkbox"/> Probleme beim Druckausgleich	<input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Alkohol/Drogenproblem
<input type="checkbox"/> Schwindel/Ohnmacht	<input type="checkbox"/> ärztl. Verbot von Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/> Psychische Probleme	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> Nervenzusammenbruch
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ohrenprobleme	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Sehhilfen ( Brille/ Kontaktlinsen)	<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> häufige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/> Allergien, auch gegen Medikamente	<input type="checkbox"/> Atemprobleme
<input type="checkbox"/> andere med. Probleme	<input type="checkbox"/> kürzliche Operationen oder Krankheiten	<input type="checkbox"/> Sonstiges

**B ernsthafte Krankenhausaufenthalte**.....

**C Ich nehme z. Zt. Folgende Medikamente**.....

**D letzte ärztliche Untersuchung**..... **Lunge zuletzt geröntgt**.....

**Datum**..... **Unterschrift**.....

**An den Arzt**  
 Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit dem Pressluftgerät. Das ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdruckes sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.  
 Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik „Bemerkungen“.

<b>A</b> medizinische Vorgeschichte	<b>Bemerkungen</b> _____ _____ _____ _____ _____
<b>B</b> ärztliche Standard- Untersuchung	
<b>C</b> <b>besonders beachten</b>	
<input type="checkbox"/> Ohren/Nebenhöhlen	
<input type="checkbox"/> Atemsystem/ Lunge	
<input type="checkbox"/> Herz- Kreislaufsystem	
<input type="checkbox"/> körperliche Fitness	
<input type="checkbox"/> emotionale und psychische Stabilität	

**Tauglich für das Tauchen mit und ohne Presslufttauchgerät**       **nicht tauglich**

Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_