



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“.

| | |
|---|---|
| A medizinische Vorgeschichte | Bemerkungen _____ _____ _____ _____ _____ |
| B ärztliche Standard- Untersuchung | |
| C besonders beachten | |
| <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 _____