

# Tauchtauglichkeitsbescheinigung für Sporttaucher

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig, füllen die Leerstellen aus und unterschreiben und datieren es am Ende.

Vielen Dank  
Ihr BRO Team



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## Angaben über den Gesundheitszustand

Bitte die Fragen mit ja oder nein beantworten, dem früheren oder aktuellen Gesundheitszustand entsprechend. Die Fragen sollten von dem Kandidaten selber ausgefüllt werden.  
*Bei Minderjährigen müssen die Eltern, ein Erziehungsberechtigter die Richtigkeit der Antworten überprüfen.*

### Sportliche Betätigung 1)

Betreiben Sie Sport  nein  ja  
 was? .....  
 wie oft? .....  
 Tauchen Sie  nein  ja  
 Anzahl der Tauchgänge .....  
 Hatten Sie schon einmal einen Tauchunfall  nein  ja  
 Bei ja wann? .....

### Krankheitsvorgeschichte

01. Rauchen Sie Tabak, benutzen Sie Narkotika: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: was? ..... bei ja: wie viel? .....	09. HNO – Erkrankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....
02. Alkohol: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: wie viel? .....	10. Gehirn-, Nerven-, Augenerkrankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....
03. Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: wie viel? ..... bei ja: welche? .....	11. Beklemmungen, Angstzustände: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....
04. Operationen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....	12. Psychiatrische Behandlung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: weshalb? ..... bei ja: wann? .....
05. Herz- Kreislaufkrankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....	13. Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
06. Gefäßverschlüsse: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....	14. Bluthochdruck <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
07. Blutgerinnungsstörungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....	15. Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
08. Lungenerkrankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei ja: welche? ..... bei ja: wann? .....	16. ich bin in ärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	17. Ich habe ein chronisches Leiden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	18. Krankheiten / Beschwerden die hier nicht aufgeführt sind: ..... ..... ..... .....

Ich habe die Erklärung zu dem Gesundheitszustand gelesen, sie wurde mir erklärt und ich habe die Wichtigkeit der Fragen verstanden, bevor ich sie für mich und auch bindend für meine Erben unterschrieben habe.  
 Die Erklärung zu meinem Gesundheitszustand ist nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt.  
 Ich wurde darüber aufgeklärt das mich von einem Arzt untersuchen lassen muss, ich ein ärztliches Attest benötige.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Ort Datum Unterschrift Teilnehmer  
 bzw. Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigter (wenn minderjährig)

# Tauchtauglichkeitsbescheinigung für Sporttaucher

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig, füllen die Leerstellen aus und unterschreiben und datieren es am Ende.

Vielen Dank  
Ihr BRO Team



## Spezielle Untersuchungen 2)

Alter: ..... Jahre                      Größe: ..... cm                      Gewicht : ..... kg                      RR: ...../.....

Allgemeinzustand: .....

Auffällige pathologische Veränderungen: .....

Thorax – Röntgen ( fakultativ): .....

Lungenfunktion: .....

Labor: Hämatologie/Urin  o.B.  m.B. ....

Ruhe-EKG:  o.B.  m.B. ....

Ergometrie mit Ausbelastung (ab 40. Lebensjahr obligatorisch):  o.B.  m.B. ....

HNO - Status:  o.B.  m.B. ....

Trommelfell:  o.B.  m.B. ....

Valsalva Manöver:  o.B.  m.B. ....

Augen:  o.B.  m.B. ....

Neurostatus:  unauffällig  auffällig .....

**Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist uneingeschränkt tauglich zum Tauchen:  ja  nein**

**Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist tauglich zum Tauchen unter folgender Prämedikation:**

**Nächster empfohlener Untersuchungstermin:** .....

Ort, Datum: ...../..... Unterschrift / Stempel: .....

- 1) Auszufüllen vom Untersuchten
- 2) Auszufüllen vom untersuchenden Arzt

Dieser Bogen dient dem Arzt als Untersuchungshilfe. Der untersuchende Arzt darf nicht der zu Untersuchende selber sein!  
Weitere Informationen bietet an: Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. Zu finden unter <http://www.gtuem.org>