



Persönliche Daten

Vorname				Nachname			
Adresse							
Geburtsdatum							
Telefon				Mobil			
e-mail							
Größe	cm	Gewicht	kg				

Sportliche Betätigung:

Hatten Sie jemals einen Zwischenfall beim Tauchen oder einen Tauchunfall?

(z. B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Ja Nein

Wenn ja, wann und was: _____

Bisherige Tauchgänge (Anzahl):

Tauchverfahren

(z. B. Rebreather oder Mischgastauchen, Höhlen und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige sportliche Betätigung (was / wie oft):

Krankenvorgeschichte:

Gesamte Vorgeschichte

Ergänzungen seit letzter Untersuchung vom: _____

(Nur möglich, wenn der 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: [Schädelhirnverletzungen, 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, Panikattacken, Depression oder depressive Phasen, sonstige 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, Gehörgangentzündung, 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: [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):

Wie viel **Alkohol** trinken Sie? (Art / Menge):

Rauchen Sie? (Art / Menge):

Welche **Medikamente** nehmen Sie? (Art / Menge):

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge? (wo / wann):

Letztes Ruhe- oder Belastungs-EKG? (wo / wann):

Ort, Datum

Unterschrift Patient