



## 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]

---



# Hausarztpraxis Oberstadt

Dres. med. Angela Minor und Martina Drinnenberg  
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin

Am Rodelberg 10 / 55131 Mainz  
Telefon 0 6131 / 48 95 60  
www.hausarztpraxis-oberstadt.de

**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

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

