



Tauchtauglichkeitsbescheinigung für Sporttaucher



Zuname: **Vorname(n):**

Geburtsdatum:/...../..... **Adresse:**
Straße, Gasse, Platz PLZ Ort

Anamnese¹⁾

Betreiben Sie Sport: ☐ nein ☐ ja (was, wie oft?).....
Nikotin: ☐ nein ☐ ja (wie viel?)
Alkohol: ☐ nein ☐ ja (wie viel?)
Medikamente: ☐ nein ☐ ja (welche?)

Hatten sie jemals

Operationen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
Herz- Kreislauferkrankungen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
Gefäßverschlüsse: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
Blutgerinnungsstörungen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
Lungenerkrankungen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
HNO – Erkrankungen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
Gehirn-, Nerven-, Augenerkrankungen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
andere Erkrankungen: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
Panikattacken, „Platzangst“, Angstzustände: ☐ nein ☐ ja (welche, wann?)
einen Tauchunfall, -zwischenfall ☐ nein ☐ ja (was, wann?)

Waren sie jemals in psychiatrischer Behandlung: ☐ nein ☐ ja (weshalb, wann?)

Haben sie Diabetes mellitus: ☐ nein ☐ ja
Bluthochdruck: ☐ nein ☐ ja

Sind Sie schwanger: ☐ nein ☐ ja (wieviertes Monat?)

Ort, Datum:/ Unterschrift des Untersuchten:

Status²⁾

Alter: Jahre Größe: cm Gewicht : kg RR:/.....
Allgemeinzustand:.....
Allfällige pathologische Veränderungen:
Thorax – Röntgen: Lungenfunktion:
Hämatologie ☐ o.B. ☐ m.B.
EKG: ☐ o.B. ☐ m.B.
HNO - Status: ☐ o.B. ☐ m.B.
Trommelfell: ☐ o.B. ☐ m.B.
Druckausgleich: ☐ o.B. ☐ m.B.
Augen: ☐ o.B. ☐ m.B.
Neurostatus: ☐ unauffällig ☐ auffällig

Uneingeschränkt tauglich zum Tauchen: ☐ ja ☐ nein

Tauglich zum Tauchen unter folgender Prämedikation:

Nächster empfohlener Untersuchungstermin:

Ort, Datum:/ Unterschrift / Stempel: