



## MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN

nach den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, Gentner-Verlag.

Untersuchender Arzt

**Dr. T. Steinmann**

FA Orthopädie und Unfallchirurgie

Spezielle Unfallchirurgie

Sportmedizin, Chirotherapie

GTÜM Diplom I (Tauchmedizinische Untersuchungen)

## Personalien

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Nr.): \_\_\_\_\_

Telefon, Fax (dienstl./privat): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Sportliche Betätigung

Wann war die letzte Tauchtauglichkeitsuntersuchung? \_\_\_\_\_

Wurde bereits einmal keine Tauchtauglichkeit bescheinigt?

Wann: \_\_\_\_\_ Warum: \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was/wann):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (z. B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Bisherige **Tauchgänge** (Anzahl):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Tauchverfahren** (Art/Häufigkeit):

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

Sonstige **Sportarten** (was/wie oft):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ZENTRUM FÜR**  
 + **Ambulante Rehabilitation**  
 + **Physikalische Therapie**  
 + **Sportmedizin**

RehaZentrum Bremen GmbH  
 Senator-Weßling-Straße 1  
 28277 Bremen

[info@rehazentrum-bremen.de](mailto:info@rehazentrum-bremen.de)  
[www.rehazentrum-bremen.de](http://www.rehazentrum-bremen.de)

**Leitung Ärztlicher Dienst**  
 Dr. med. Anke Cordes

**Leitung Administration & Therapie**  
 Gunda Krochmann-Saad

**Kardiologie**  
 Chefarzt Dr. med. Henning Haase  
 Tel. +49 (0) 421 / 80 606 -450  
 Fax +49 (0) 421 / 80 606 -459  
[kardiologie@rehazentrum-bremen.de](mailto:kardiologie@rehazentrum-bremen.de)  
 IKZ Nr. 540 400 026

**Orthopädie**  
 Chefarzt Dr. Tobias Steinmann  
 Tel. +49 (0) 421 / 80 606 -500  
 Fax +49 (0) 421 / 80 606 -509  
[orthopaedie@rehazentrum-bremen.de](mailto:orthopaedie@rehazentrum-bremen.de)  
 IKZ Nr. 540 400 026

**Sportmedizin**  
 Chefarzt Dr. med. Götz Dimanski  
 Tel. +49 (0) 421 / 44 96 96  
 Fax +49 (0) 421 / 44 96 93 40  
[sporthep@rehazentrum-bremen.de](mailto:sporthep@rehazentrum-bremen.de)  
 IKZ Nr. 440 405 806

**Geschäftsführung**  
 Dr. med. Dimanski  
 Angela Peter  
 Thorsten Rüßmann (Prokurist)

**Handelsregister**  
 Amtsgericht Bremen, HRB 19822

**Bankverbindung**  
 Sparkasse Bremen  
 IBAN DE69 2905 0101 0006 0001 86  
 BIC SBREDE22XXX



## Teil A

### Krankheitsgeschichte

**GESAMTE** Vorgeschichte

oder

**ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: \_\_\_\_\_

(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

**Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwere Verletzungen oder Unfälle?**  
(was/wann):

---

---

---

**Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen?** (was/wann):

#### - Kopf, Gehirn, Nervensystem:

(Schädelhirnverletzung, incl. 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, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

#### - Augen:

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen)

#### - Nase, Nasennebenhöhlen:

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

#### - Ohren:

(Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

#### - Atmungsorgane:

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot 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)

**- Stoffwechsel:**

\_\_\_\_\_  
(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen)

**- bei Frauen: Schwangerschaft?**

\_\_\_\_\_  
Hatten Sie **fiberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was/wann):

\_\_\_\_\_  
Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten, Fehler** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann):

\_\_\_\_\_  
Wieviel **Alkohol** trinken Sie? (Art/Menge)

\_\_\_\_\_  
**Rauchen** Sie? (Art/Menge):

\_\_\_\_\_  
Welche **Medikamente** nehmen Sie?

\_\_\_\_\_  
Letzte **Röntgenaufnahme** d. **Lunge** (wann/wo):

\_\_\_\_\_  
Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-Ekg** (wann/wo):

\_\_\_\_\_  
Weitere Vorerkrankungen sind mir nicht bekannt!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften, Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: **Dr. T. Steinmann**

## Teil B Körperliche Untersuchung

### Beurteilungskriterien:

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre,      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm,      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ Kg

### Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen)

### Haut:

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

### Kopf:

#### - Augen:

(Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l, bei Brillenträgern Dioptriezahl)

#### - Nase, NNH:

(unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?)

#### - Ohren:

(Gehörgänge, Trommelfellbefund: Perforation? Atrophische Narbe - Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? - Tubendurchgängigkeit? - Hörvermögen r / l ?)

#### - Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:

(Barotraumaefahr bei massiver Karies u. schlechten Zahnfüllungen , chron. Tonsillitis? Pharyngitis?)

### Hals:

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der Carotis - Carotisstenose?)

### Thorax:

(symmetrische Atemexkursion?)

### Lunge:

(Perkussion und Auskultation)

### Herz/Kreislauf:

(Perkussion und Auskultation, RR / Puls)

### Abdomen:

(Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien?)

### Urogenitaltrakt:

(Nierenlager-Klopfschmerz?)

**Bewegungsapparat:**

---

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung – HWS, LWS? Klopfschmerz der Wirbelsäule, Blockierung von Extremitätengelenken)

**ZNS/peripheres Nervensystem:**

---

(Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik – Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe – Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität – halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen)

**Psyche:**

---

(Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie, Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit – incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage – gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom)

## Spezielle Untersuchungen

Größe		cm	<b>Rö-Thorax (fakultativ, nur wenn klinisch angezeigt)</b> Beurteilung:
Gewicht		kg	
RR li		mmHg	
RR re		mmHg	
Puls		bpm	

<b>Lungenfunktion (obligat)</b>		Sollwert	Istwert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität	VC			
Forcierte Vitalkapazität	FVC			
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1			
Quotient FEV 1/VC	[%]			

Mitarbeit/Untersuchungsqualität:

\_\_\_\_\_

Ventilationsstörung       nein     ja: \_\_\_\_\_

### Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Normalbefund       ja     nein

### Labor (fakultativ)

\_\_\_\_\_

### Ergometrie (fakultativ, ab 40. Lebensjahr obligat)

**Belastungsart: Fahrradergometrie sitzend**

Dauer: \_\_\_\_\_ min                      Max Watt: \_\_\_\_\_

Ausbelastung:                       ja     nein: \_\_\_\_\_

Physiol. Kreislaufreaktion:     ja     nein: \_\_\_\_\_

Max HF: \_\_\_\_\_/min                      Max RR: \_\_\_\_\_mmHg

Empfohlener Ausdauertrainingspuls: \_\_\_\_\_/min

Beurteilung:

Ischämiereaktion:                       nein     ja: \_\_\_\_\_

Rhythmusstörungen:                       nein     ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Internist/Kardiologe



## Zusammenfassung

Medizinische Vorsorgeuntersuchung von Sporttauchern nach den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.

(GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere

Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at).

Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, Gentner-Verlag.

### Risikofaktoren:

---

### Bemerkungen:

---

### Beurteilung:

---

Unterschrift Dr. T. Steinmann

