

## 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 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

[sportheop@rehazentrum-bremen.de](mailto:sportheop@rehazentrum-bremen.de)

IKZ Nr. 440 405 806

### Geschäftsführung

Dr. med. Götz Dimanski

Thorsten Rüßmann

### 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!

\_\_\_\_\_  
Unterschriften:

Datum: \_\_\_\_\_

Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: **Dr. T. Steinmann** \_\_\_\_\_