

Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen | Geräte & Apnoe Tauchen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. **Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen.**

Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitachkurs aus.

Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten A	<input type="radio"/> NEIN
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten B	<input type="radio"/> NEIN
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	<input type="radio"/> JA* Ärztliche Untersuchung erforderlich	<input type="radio"/> NEIN
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten C	<input type="radio"/> NEIN
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	<input type="radio"/> JA* Ärztliche Untersuchung erforderlich	<input type="radio"/> NEIN
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten D	<input type="radio"/> NEIN
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten E	<input type="radio"/> NEIN
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten F	<input type="radio"/> NEIN
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	<input type="radio"/> JA weiter Seite 2 Kasten G	<input type="radio"/> NEIN
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	<input type="radio"/> JA* Ärztliche Untersuchung erforderlich	<input type="radio"/> NEIN

*** Wenn Sie die Fragen 3, 5, 10 ODER eine der Fragen auf Seite 2 mit JA beantwortet haben, ist vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten eine ärztliche Beurteilung/Untersuchung erforderlich und es muss zur Teilnahme ein Attest vom Arzt vorgelegt werden.**

Weitere Informationen zur Untersuchung finden Sie unter: www.bluemarlin-koeln.de/tauchtauglichkeit

KANDIDATEN ERKLÄRUNG

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte)

Datum

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/Training einschränken.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions- Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Ich habe hohen Blutdruck.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
KASTEN G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	<input type="radio"/> JA*	<input type="radio"/> NEIN

***HINWEISE:** JA = Wenn Sie auf Seite 2 eine Frage mit JA beantwortet haben, ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.
 NEIN = Wenn Sie alle Fragen auf Seite 2 mit NEIN beantwortet haben, ist keine Untersuchung erforderlich.

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

Die unten genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie uhms.org für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

Name Patient*in

Geburtsdatum

Untersuchungsergebnis

- Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.
- Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Datum der Untersuchung (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift approbierter Arzt oder anderweitig gesetzlich bestellter medizinischer Dienstleister

Name des medizinischen Untersuchers

Akademischer Grad / medizinische Zulassung

Klinik/Krankenhaus

Anschrift

Telefon / Email Adresse

Arzt / Klinik Stempel (optional)