

# Anamnesebogen Zur Tauchtauglichkeitsuntersuchung für Sporttaucher

**Vom Untersuchten selber auszufüllen - bitte in Druckschrift.** Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur der Untersuchte den Arzt befreien kann. Die Schweigepflicht besteht auch über den Tod des Untersuchten hinaus. Dieser Untersuchungsbogen verbleibt beim Arzt. Es liegt im Interesse des Untersuchten, die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Durch Unterschrift wird dies bestätigt.

## P e r s o n a l i e n

Name, Vorname: \_\_\_\_\_, geboren am: \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße: \_\_\_\_\_

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

## S p o r t l i c h e B e t ä t i g u n g

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

\_\_\_\_\_  
(z.B. Dekompressionszwischenfall, Luftembolie, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen o.a.)

Bisherige Tauchgänge (Anzahl) und ggf. Brevetierungsstand (z.B.: AOWD, CMAS\*, Nitrox):

\_\_\_\_\_  
Sonstige Sportarten:

## K r a n k h e i t s v o r g e s c h i c h t e

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle?  
(was/wann):

\_\_\_\_\_  
Haben oder hatten Sie 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, o.a.)

- Psyche:

\_\_\_\_\_  
(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen, o.a.)

- Augen:

\_\_\_\_\_  
(Herabsetzung des Sehvermögens, Netzhautablösungen, Brillenträger, Kontaktlinsen - Bitte Sehkraft li. und re. in Dioptrien angeben, o.a.)

- Nase, Nasennebenhöhlen:

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirnhöhlen- oder Kieferhöhlenvereiterungen, o.a.)

- Ohren:

(Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, o.a.)

- Atmungsorgane:

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, o.a.)

- Herz-Kreislauf-System:

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl oder Schmerzen im Brustkorb, eventuell ausstrahlend, Herhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, o.a.)

- Verdauungsorgane

(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, o.a.)

- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane

(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen, Nierensteine, o.a.)

- Haut, Knochen, Gelenke

(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, o.a.)

- Stoffwechsel

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörung, o.a.)

- bei Frauen: Schwangerschaft?

Hatten Sie in den letzten Monaten fieberhafte Erkrankungen? (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): \_\_\_\_\_

Letzte Röntgenaufnahme der Lunge (wann, warum angefertigt, wo): \_\_\_\_\_

Letztes Ruhe- oder Belastungs-EKG (wann): \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie (Art/Menge):

Medikamentenname	Morgens	Mittags	Abends

Berlin, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_