



# Off-Shore-Tech

Off-Shore-Tech  
Taucherausbildungszentrum &  
Rebreather Center

Halleschestrasse 120  
06217 Merseburg  
Tel.: 03461- 248731

## Teilnehmerangaben

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Adresse (Strasse, PLZ, Ort)

Telefonnummer

## Tauchtauglichkeitsuntersuchung

**A** medizinische Vorgeschichte (Bitte zutreffende Punkte ankreuzen)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> frühere Taucherfahrung            | <input type="checkbox"/> chronische Erkältung                 | <input type="checkbox"/> häufige Medikamenteneinnahme         |
| <input type="checkbox"/> weitere sportliche Aktivitäten    | <input type="checkbox"/> Nasenneben- oder Stirnhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Körperbehinderung                    |
| <input type="checkbox"/> EKG gemacht                       | <input type="checkbox"/> Probleme beim Druckausgleich         | <input type="checkbox"/> psychische Probleme                  |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme                      | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit                      | <input type="checkbox"/> Raucher                              |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust            | <input type="checkbox"/> andere Ohrenprobleme                 | <input type="checkbox"/> Alkohol oder Drogenkonsum            |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                     | <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen                | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen                   |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Ohnmacht                | <input type="checkbox"/> Allergien, auch gegen Medikamente    | <input type="checkbox"/> Nervenzusammenbruch                  |
| <input type="checkbox"/> Atemwegs- oder Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                         | <input type="checkbox"/> Epilepsie                            |
| <input type="checkbox"/> Atemprobleme                      | <input type="checkbox"/> Sehhilfen (Kontaktlinsen/Brille)     | <input type="checkbox"/> Klaustrophobie                       |
| <input type="checkbox"/> chronischer Husten                | <input type="checkbox"/> ernste Verletzungen                  | <input type="checkbox"/> kürzliche Operation oder Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma                            | <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Zahnerkrankungen, Zahnersatz         |

**B** ärztliche Einschränkungen:

**C** ernsthafte ärztliche Behandlungen/Operationen:

**D** Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente:

**E** letzte ärztliche Untersuchung:

**F** letzte ärztliche Untersuchung der Lunge:

Unterschrift des Teilnehmers:

Datum:

## An den Arzt

Dieser Patient ist ein Kandidat für das Tauchen mit kompletter Tauchausrüstung. Dies ist verbunden mit ständigen Veränderungen des Umgebungsdrucks sowie physischen und psychischen Belastungssituationen.

Ärztlicher Befund: Bitte kontrollieren Sie die unten aufgeführten Punkte und vermerken Sie Auffälligkeiten sowie deren Bedeutung in der Rubrik „Bemerkungen“.

**A** Medizinische Vorgeschichte

**B** Ärztliche Standarduntersuchung

**C besonders beachten:**

**Bemerkungen:**

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Ohren/ Nebenhöhlen                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Atemsystem/ Lunge                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufsystem                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> körperliche Fitness                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> emotionale und psychische Stabilität | _____ |

## Ergebnis der Tauchtauglichkeitsuntersuchung

- tauglich für das Tauchen mit dem Presslufttauchgerät       nicht tauglich für das Tauchen mit dem Presslufttauchgerät

Stempel und Unterschrift des Arztes

Datum