

# MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN



nach den Richtlinien (Ausgabe 1998) der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM)  
weitere Informationen finden Sie auf der Website der GTÜM e.V. unter <<http://www.gtuem.org>>

Untersuchender Arzt

Adresse / Stempel: \_\_\_\_\_

## PERSONALIEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

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

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

## SPORTLICHE BETÄTIGUNG

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 Mischgastuchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

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

**Teil A** \_\_\_\_\_

## KRANKHEITSVORGESCHICHTE

**GESAMTE** Vorgeschichte

oder

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

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

**Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, größere 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 **fieberhafte 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): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften, Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

# KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

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

**Allgemeinzustand:**

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen)

**Haut:**

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

**Kopf:    - Augen:**

(Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l, bei Brillenträgern Dioptriezahl, eine augenärztliche Untersuchung ist sinnvoll, wenn: a) binokulare Sehleistung <0,7, b) Alter > 50 J., c) Alter > 40 J. und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z. n. Katarakt-OP)

**- 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:**

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

**Hals :**

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

**Thorax:**

(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorisch-expiratorische Umfangsdifferenz in Höhe der Mamillen sollte 5 cm nicht unterschreiten)

**Lunge:**

(Perkussion und Auskultation)

**Herz/Kreislauf:**

(Perkussion und Auskultation, Pathologische Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung, - 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, neurologische Ausfälle bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

**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

## Rö-Thorax (fakultativ, ansonsten nur wenn klinisch angezeigt)

Beurteilung: \_\_\_\_\_

## Lungenfunktion (obligat)

	Istwert	Sollwert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität	VC		
Forcierte Vitalkapazität	FVC		
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1		
Quotient FEV 1/ VC	[%]		

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
(obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie / Provokationstest nur durch Lungenfacharzt)

## Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
(Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

## Labor (fakultativ)

**BB:** Hb : \_\_\_\_\_ g/dl    **SERUM:** BZ nü. : \_\_\_\_\_ g/dl    **URIN:** Mehrfach-Stäbchentest:  
Erys : \_\_\_\_\_ /fl    un auffällig / auffällig  
Leukos : \_\_\_\_\_ /nl    **BSG** : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm n.W.    (ggf. weitere Untersuchungen)

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

Belastungsart: \_\_\_\_\_  
(Fahrradergometrie sitzend oder liegend / Laufband)

Leistungsbewertung: \_\_\_\_\_  
(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

Beurteilung des Blutdruckverhaltens: \_\_\_\_\_

## Belastungs-Ekg

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

# ZUSAMMENFASSUNG

Risikofaktoren: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Beurteilung: \_\_\_\_\_