

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/ Wohnort:	Telefon:
Beruf:	Tauchschiule:	Krankenvers.:

Untersuchung der Tauchtauglichkeit für das Sporttauchen

Vorgeschichte- und Vorerkrankungen (vom zu Untersuchenden *sorgfältig* auszufüllen)

	Nein	Ja	Erläuterung
1. Frühere Tauchtätigkeit, Wassersport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Sportliche Tätigkeit, Trainingshäufigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere sportärztliche Untersuchungen, wo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arbeitsunfähigkeit in den letzten drei Jahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Militärdiensttauglichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Gewicht kg, Größe cm			
4. Krankenhausaufenthalte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen, Unfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Gegenwärtige ärztliche Behandlung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Medikamente (früher oder heute).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Drogen, Alkohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Rauchen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Allergie, Konjunktivitis, Rhinitis, Asthma, Ekzem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Ohrenprobleme..... (Mittelohrentzündungen, Trommelfellriss, Schwerhörigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Schwindel, Bewusstlosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Nebenhöhlenerkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Zahnprobleme, Prothesen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Probleme des Atmungsapparates..... (Kurzatmigkeit, Husten, Auswurf, Pneumothorax, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Frühere oder gegenwärtige Herz- Kreislaufprobleme..... (Rhythmusstörungen, Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Zuckerkrankheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Erkrankungen des Bewegungsapparates..... (Rücken- Gelenkschmerzen, Rheuma, Gelenkabnutzung, Gelenkersatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Sehstörungen (Brille oder Kontaktlinsen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Krampfanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Depressionen, Panikreaktionen, Platzangst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgten.

Hamburg, den _____

(Unterschrift)