

Die Gestaltung des Dokumentationsbogenkopfes (innerhalb dieses Feldes) durch Tauchclubs oder Vereine ist Durch die ÖGTH genehmigungspflichtig. Der Vermerk „nach den Richtlinien der ÖGTH, Ausgabe 1999 und das ÖGTH-Logo dürfen nur von Ärzten mit der Qualifikation „Tauchmedizin (ÖGTH)“ oder „Tauch- und Überdruckmedizin (ÖGTH)“ übernommen werden.  
Ein Musterexemplar des mit dem individuellen Kopf versehenen Bogens ist der ÖGTH, z. Hd. Dr. Clemens Mader, Landstrasser Hauptstr. 102, A-1030 Wien zur Genehmigung vorzulegen.

**MEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG VON FREIZEITTAUCHERN**  
nach den Richtlinien (Ausgabe 1999) der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin



**Teil A**

**PERSONALIEN**

Name & Vorname:.....Datum:.....  
Adresse:.....Beruf:.....  
Tel./Fax:.....Hausarzt:.....

**SPORTLICHE BETÄTIGUNG**

Hatten Sie jemals einen Tauchunfall oder Tauchzwischenfall?  
(Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)  
 nein     ja: .....

Gerätetauchen seit: ..... Anzahl der Tauchgänge: .....

Tauchverfahren: .....  
(offene Systeme, Kreislaufgeräte, Pressluft-, Nitrox-, Mischgas-, Höhlen-, Wrack-, Einsatz- bzw. Rettungstauchen, Tauchlehrer bzw. -ausbilder)

Sonstige Sportarten: .....  
 fallweise     regelmässig, .... mal wöchentlich

**KRANKHEITSVORGESCHICHTE**

**GESAMTE** Vorgeschichte  
oder  
 **ERGÄNZUNGEN** seit der letzten Untersuchung vom: .....  
(nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwerere Verletzungen oder Unfälle?  
 nein     ja: .....  
.....  
.....

Hatten/haben Sie Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen?

**Kopf, Gehirn, Nervensystem:**

(Schädel-Hirnverletzung incl. Gehirnerschütterung, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, Seekrankheit, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, Lumbago, sonstige neurologischen Erkrankungen)

nein       ja: .....

**Psyche:**

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

nein       ja: .....

**Augen:**

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger: Stärke des Sehbehelfs, erhöhter Augeninnendruck)

nein       ja: .....

**Nase, Nasennebenhöhlen:**

(häufige Katarrhe, allergischer Schnupfen, Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

nein       ja: .....

**Ohren:**

(Gehörgangsentzündung, Mittelohrentzündung, Trommelfellriss, Hörstörung, Ohrgeräusche, Schwindel)

nein       ja: .....

**Atmungsorgane:**

(Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Atemnot und/oder Husten bei leichter Anstrengung oder durch kalte Luft, Pneumothorax)

nein       ja: .....

**Herz-Kreislaufsystem:**

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl/Schmerzen im Brustkorb, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Thrombosen, Embolien)

nein       ja: .....

**Verdauungsorgane:**

(Aufstossen, Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Gallensteine, Leistenbrüche)

nein       ja: .....

**Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane:**

(Nieren-, Nierenbecken- bzw. Blasenentzündungen, Nierensteine)

nein       ja: .....

**Haut, Muskulatur:**

(Ausschläge, Entzündungen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

nein       ja: .....

**Knochen, Gelenke:**

(Brüche, Verrenkungen (Luxationen), Rheumatismus, Bandscheibenschäden, Bewegungseinschränkungen)

nein       ja: .....

**Stoffwechsel:**

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, der Nebenniere, Tetanie, Zuckerkrankheit)

nein       ja: .....

**Leiden Sie an Allergien?**

nein       ja: .....

**Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen in den letzten Monaten?**

nein       ja: .....

**Hatten/haben Sie sonstige Krankheiten, Ausfälle oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?**

nein       ja: .....

**Trinken Sie alkoholischen Getränke?**

nein       fallweise       regelmässig      Art, Menge: .....

**Rauchen Sie?**

nein       fallweise       regelmässig      Art, Menge: .....

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

nein       fallweise       regelmässig      Art, Menge: .....

**Bei Frauen: Sind Sie schwanger?**

nein       ja, in der ..... Woche

**Wurde innerhalb der letzten Jahre eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt?**

nein       ja, vor ..... Monat(en)/Jahr(en)      Begründung: .....

**Wurde innerhalb der letzten Jahre ein Ruhe- oder Belastungs-EKG durchgeführt?**

nein       ja, vor ..... Monat(en)/Jahr(en)      Begründung: .....

**Ergänzungen:**

.....  
.....

Datum: .....      Unterschrift des Probanden: .....

Unterschrift/Stempel des Arztes: .....

**Teil B**

**KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG**

Alter: ..... Jahre      Grösse: ..... cm      Gewicht: ..... kg      BMI: .....

**Allgemeinzustand:**

(Ernährungszustand, Ödeme, Missbildungen, Amputationen)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Haut:**

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Augen:**

(Opto- / Pupillomotorik, Sehschärfe li / re, bei Brillen- / Kontaktlinsenträgern: Dioptrienangabe, eine augenärztliche Kontrolle ist indiziert 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.)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Nase, NNH:**

(Unbehinderte Nasenatmung, Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Ohren:**

(Gehörgänge, Trommelfell: Perforation, atrophische Narbe – Belastbarkeit bei Valsalva-Manöver, Tubendurchgängigkeit, Hörvermögen li / re)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Mundhöhle, Tonsillen, Rachenraum:**

(Barotrauma bei massiver Karies und schlechten Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis, Pharyngitis)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Hals:**

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der A. carotis – Stenose)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Thorax:**

(Thoraxform, symmetrische Atemexkursion, inspiratorisch-expiratorische Umfangdifferenz in Mamillenhöhe  $\geq$  5 cm)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Lunge:**

(Perkussion, Auskultation)

o.B.       Befund: .....  
.....

**Herz / Kreislauf:**

(Perkussion, Auskultation, patholog. Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung, RR / Puls)

o.B.       Befund: .....

**Abdomen:**

(Leber- oder Milzvergrößerung, pathologische Resistenzen, Hernien)

o.B.       Befund: .....

**Urogenitaltrakt:**

(Nierenlager-Klopfschmerz)

o.B.       Befund: .....

**Bewegungsapparat:**

(Kyphose, Skoliose; Druck- oder Klopfschmerz bzw. Blockierung der HWS, BWS, LWS; Bewegungseinschränkungen der Extremitätengelenke; Beschwerden bei Belastung)

o.B.       Befund: .....

**Zentrales / peripheres Nervensystem:**

(Gesichts- und Schluckmotorik; Extremitätenmotorik: Atrophien, Paresen; Reflexstatus; Koordination der Motorik; Fingertremor; Romberg; Sensibilität: halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall; frontale Zeichen; neurologische Ausfälle bedürfen fachärztlicher Abklärung)

o.B.       Befund: .....

**Psyche:**

(Angstreaktionen; Klaustro- oder Agoraphobie; Paniksyndrom; psychot. Zeichen; Suchtkrankheit incl. Alkohol; paranoide Reaktionen; Halluzinationen; Stimmungslage: gehoben / depressiv; Antriebsminderung; verlangsamte Reaktion; posttraumat. Stress-Syndrom; sonstige Verhaltensstörungen)

o.B.       Befund: .....

**SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN**

**Thorax-Röntgen:**

(bei Erstuntersuchung empfohlen; ansonsten nur indiziert, wenn ein entsprechender klinischer Befund vorliegt)

o.B.       Befund: .....

**Lungenfunktion:**

(obligat; obstruktive / restriktive Ventilationsstörung; ggf. Bodyplethysmographie; Provokationstests nur durch den Lungenfacharzt)

	Ist-Wert	Soll-Wert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität (VC)			
Forcierte Vitalkapazität (FVC)			
Absolute Sekundenkapazität (FEV <sub>1</sub> )			
Quotient FEV <sub>1</sub> / VC			

o.B.       Befund: .....

**Ruhe-EKG:**

(obligat; Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

o.B.       Befund: .....

**Ergometrie mit Ausbelastung:**

(fakultativ; ab 40. Lebensjahr und ≥ 2 Risikofaktoren obligat)

Belastungsart:                       Fahrradergometer (sitzend / liegend)  
    Laufband

**Belastungs-EKG:**

(Rhythmusstörungen, Ischämiezeichen)

o.B.       Befund: .....

**Leistungsbewertung:**

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Blutdruckverhalten, Trainingsempfehlung)

.....  
.....  
.....

**Labor:**

(fakultativ)

Blutbild:		Sonstiges:			Harnstreifentest:	
Hb:	g/dl	BSG:	/	mm	Glukose:	
Erys:	/fl	BZ nü:		g/dl	Proteine:	
Leukos:	/nl				Erys:	

o.B.       weitere Untersuchungen: .....

**ZUSAMMENFASSUNG**

**Risikofaktoren:**

keine                       Art: .....

**Gesamtbeurteilung:**

tauchtauglich               ohne Einschränkungen  
    mit Einschränkungen: .....

nicht tauchtauglich       Begründung: .....

**Nachuntersuchung:**

nicht erforderlich       in 2 Jahren       in 1 Jahr       in .... Monat(en)

Datum: .....      Unterschrift /Stempel des Arztes: .....

## Österreichische Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin

ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS FREIZEITTAUCHEN  
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA DIVING  
CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE  
CERTIFICATO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO SPORTIVO



### NAME / NAME / NOM / NOME

Oben genannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der ÖGTH (Ausgabe 1999) auf die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

This person has been examined following the fitness to dive guidelines of the ÖGTH (edition 1999) for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la ÖGTH (édition 1999). Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

Se ha practicado un examen médico de aptitud a la persona arriba indicada, de acuerdo con las recomendaciones de la ÖGTH (edition 1999), y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

### EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICTION / RESTRICCIÓNES

### NACHUNTERSUCHUNG / NEXT EXAMINATION / EXAMEN ULTERIEUR / EXAMEN ULTERIOR

### ORT, DATUM / PLACE, DATE / LIEU, DATE / LUGAR, FECHA

### ARZT (STEMPEL, UNTERSCHRIFT) / PHYSICIAN (STAMP, SIGNATURE) / MÉDECIN (TIMBRE, SIGNATURE) / MEDICO (SELLO, FIRMA)