



# Verband Deutscher Sporttaucher e.V.

Berliner Straße 312, 63067 Offenbach, Tel.: +49 (0)69-981902-5, Fax: +49 (0)69-981902-98

[www.vdst.de](http://www.vdst.de) - [info@vdst.de](mailto:info@vdst.de)



## Tauglichkeits-Untersuchung für Sporttaucher

nach den Richtlinien der GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V., ergänzende Erläuterungen in den Richtlinien, erhältlich über das Sekretariat der GTÜM e.V.

### Untersuchender Arzt

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

### PERSONALIEN

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

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

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

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

### SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten sie jemals einen Zwischenfall beim Tauchen oder einen Tauchunfall? (Datum/Art):

\_\_\_\_\_  
(z.B.: Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

Bisherige Tauchgänge (Anzahl): \_\_\_\_\_

Tauchverfahren (Art und Häufigkeit):

\_\_\_\_\_  
(z.B.: Rebreather- oder Mischgastauchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige sportliche Betätigung (was / wie oft): \_\_\_\_\_

Teil A: \_\_\_\_\_

### KRANKENVORGESCHICHTE

**GESAMTE** Vorgeschichte

oder

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

(Nur möglich, wenn der 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:**

---

(Schädelhirnverletzungen, inkl. 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, Panikattacken, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

### **Augen:**

---

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

### **Nase, Nasennebenhöhlen:**

---

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

### **Ohren:**

---

(Mittelohrentzündung, Gehörgangentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

### **Atmungsorgane:**

---

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot und / oder Husten 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, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

**Stoffwechsel:**

---

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

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):

---

Wie viel **Alkohol** trinken Sie? (Art / Menge):

---

**Rauchen** sie? (Art / Menge):

---

Welche **Medikamente** nehmen sie? (Art / Menge):

---

Letzte **Röntgenaufnahme** der **Lunge**? (wo / wann):

---

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-EKG**? (wo / wann):

---

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

**Teil B:** \_\_\_\_\_

## KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Alter: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Größe: \_\_\_\_\_ (cm)

Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

### Allgemeinzustand:

\_\_\_\_\_  
(Ernährungszustand, Ödeme, Missbildungen, Amputationen)

### Haut:

\_\_\_\_\_  
(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

### Kopf: - Augen:

\_\_\_\_\_  
(Pupillenreaktion, Sehschärfe r/l, Brillenträger Dioptriezahl, eine Augenärztliche Untersuchung ist sinnvoll, wenn: a) binokulare Sehleistung < 0,7, b) Alter > 50 Jahre, c) Alter > 40 Jahre und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z. n. Augen-OP)

### - Nase, Nasennebenhöhlen:

\_\_\_\_\_  
(unbehinderte Nasenatmung, Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?)

### - Ohren:

\_\_\_\_\_  
(Gehörgänge, Trommelfellbefund: Perforation? Atrophische Narbe – Belastbarkeit während Vasalva – Manöver? Tubendurchgängigkeit? – Hörvermögen r/l?)

### - Mundhöhle, Tonsillen / Rachenraum:

\_\_\_\_\_  
(Barotraumagefahr bei massiver Karies und schlechten Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?)

### Hals:

\_\_\_\_\_  
(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über den Carotiden – Carotisstenose?)

### Thorax:

\_\_\_\_\_  
(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorische – expiratorische Umfangdifferenz 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 – Klopferschmerz)

**Bewegungsapparat:**

\_\_\_\_\_  
(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung – HWS, LWS? Klopferschmerz der Wirbelsäule, Blockierung von Extremitätengelenken)

**ZNS / peripheres Nervensystem:**

\_\_\_\_\_  
(Optomotorik inkl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik, Atrophien, Paresen, Reflexstatus, pathologische 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 inkl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage – gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom)

**SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN**

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

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

	Istwert	Sollwert	% der Norm
<b>Lungenfunktion (obligat):</b>			
Inspiratorische Vitalkapazität	VC		
Forcierte Vitalkapazität	FVC		
Expirator. Sek. Kapazität	FEV		
Quotient FEV 1 / VC	(%		

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

(obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie / Provokationstest nur durch Lungenfunktionsarzt)

**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		unauffällig / auffällig
	Leukos: _____ /nl	BSG: _____ / _____ mm n.W.	(ggf. weitere Untersuchungen)

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

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

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

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

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

**ZUSAMMENFASSUNG**

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

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

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

**Anmerkung:**

Der folgende Vordruck (Seite 7) kann über die Homepage der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. ([www.gtuem.org](http://www.gtuem.org)) in der jeweils gültigen Fassung oder beim Verband Deutscher Sporttaucher e.V. ([www.vdst.de](http://www.vdst.de)) heruntergeladen werden. Für Kinder und Jugendliche lesen Sie bitte das Begleitschreiben vom Verband Deutscher Sporttaucher e.V. durch und geben dieses im Vorfeld dem untersuchenden Arzt.



**GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.**  
**VERBAND DEUTSCHER SPORTTAUCHER e.V.**

Ärztliches Zeugnis: Tauglichkeit für das Sporttauchen  
Certificat Médical: Aptitude a la Plongée sportive  
Certificado Medico: Aptitud para el buceo deportivo  
Medical Certificate: Fitness for Recreational Scuba Diving



**NAME / NOM / NOME / NAME** \_\_\_\_\_

Obengenannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der GTÜM für die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la GTÜM. 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 GTÜM. y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTÜM for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES / LIMITATIONS** \_\_\_\_\_

**NACHUNTERSUCHUNGEN / EXAMEN ULTÉRIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION** \_\_\_\_\_

ORT / DATUM \* LIEU / DATE \* LUGAR / FECHA \* PLACE / DATE

ARZT (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDICIN (SIGNATURE, TIMBRE)

MEDICO (FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)



**GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.**  
**VERBAND DEUTSCHER SPORTTAUCHER e.V.**

Ärztliches Zeugnis: Tauglichkeit für das Sporttauchen  
Certificat Médical: Aptitude a la Plongée sportive  
Certificado Medico: Aptitud para el buceo deportivo  
Medical Certificate: Fitness for Recreational Scuba Diving



**NAME / NOM / NOME / NAME** \_\_\_\_\_

Obengenannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der GTÜM für die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la GTÜM. 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 GTÜM. y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTÜM for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES / LIMITATIONS** \_\_\_\_\_

**NACHUNTERSUCHUNGEN / EXAMEN ULTÉRIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION** \_\_\_\_\_

ORT / DATUM \* LIEU / DATE \* LUGAR / FECHA \* PLACE / DATE

ARZT (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDICIN (SIGNATURE, TIMBRE)

MEDICO (FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)