



# Verband Deutscher Sporttaucher e.V.

Berliner Str. 312 – 63067 Offenbach  
Tel.: 069-981902-5 – Fax: 069-981902-98  
Internet: [www.vdst.de](http://www.vdst.de) eMail: [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.](http://www.gtum.de)

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 Mischgastauen, 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 **fiberhafte 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 – Klopfschmerz)

### Bewegungsapparat:

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung – HWS, LWS? Klopfschmerz 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, Klaustrophobie, 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: \_\_\_\_\_

(Fahradergometrie sitzend oder liegend oder Laufband)

Leistungsbewertung: \_\_\_\_\_

(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

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

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

(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

## ZUSAMMENFASSUNG

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

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

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