

Fragebogen zur Tauchtauglichkeit

Fragebogen zur gesundheitlichen Eignung im Sporttauchen. Bitte lesen Sie alle Fragen genau und beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß. Sollten Sie eine Frage nicht mit Nein beantworten können, so unterstreichen Sie eventuell genannte Tatsachen / Erkrankungen / Einschränkungen. Sollte etwas nicht genannt sein, so ergänzen Sie es bitte als Freitext unterhalb der Frage.

Name: _____ Vorname: _____
Geb. am: _____
Größe: _____ Gewicht: _____
Allergien: _____

Was ist Ihre höchste Brevetierung: _____

Wie viele Tauchgänge haben Sie aktuell: _____

Sind Sie aktuell oder in letzter Zeit (vergangenen 6 Monate) in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wann und weswegen:

Hatten Sie jemals einen Dekompressions- oder Tauchunfall oder Tauchzwischenfall? Nein
Wenn ja, wann und was: _____

Leiden Sie an starker Seekrankheit? Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein
Wenn ja, welche: _____

Sind Sie jemals operiert worden? Nein
Wenn ja, wann und weswegen: _____

Hatten Sie eine Covid-19 Erkrankung? Nein
Wenn ja, wann und waren Sie in stationärer Behandlung: _____

Rauchen Sie? Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: _____

Trinken Sie regelmäßig (mehr als 2x pro Woche) Alkohol? Nein
Wenn ja, wie oft und wie viel: _____

Nehmen Sie Drogen (auch THC) zu sich? Nein

Sind bei Ihnen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems bekannt?
(z.B.: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Aneurysma, Brust-Engegefühl, Herzfehler, Herzklappenfehler, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Z.n. Herzoperationen / Bypass, Herzklappenersatz, niedriger Blutdruck, etc?)
Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder automatischen Defibrillator? Nein

Besteht bei Ihnen oder Ihren Blutsverwandten eine Gerinnungsstörung, die mit verstärkter Blutung bei kleinen Verletzungen einhergeht (häufiges Nasenbluten, Zahnfleischbluten,...)?
Nein

Bestehen oder bestanden Durchblutungsstörungen wie z.B. Schlaganfall, Arteriosklerose, Embolie, Thrombose,...?
Nein

Fragebogen zur Tauchtauglichkeit

Bestehen oder bestanden Lungenerkrankungen wie Lungenverletzung, Pneumothorax, Asthma, COPD, chronische Bronchitis, Air Trapping, Lungenüberdehnungsverletzung, schwere Lungenentzündung oder Rippenfellentzündung, Mukoviszidose, etc.?

Nein

Haben Sie Last mit starkem Sodbrennen oder Reflux-Erkrankung?

Nein

Bestehen sonstige Erkrankungen des Bauchraumes wie Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Leberverfettung, Leberzirrhose, schwere Entzündungen, etc.?

Nein

Bestehen oder bestanden Erkrankungen der Ohren oder Nase (z.B.: Trommelfellverletzungen oder Operationen, Nasennebenhöhlenverletzungen oder Operationen, schwere Gehörgangs-Entzündungen, chronische Sinusitis, häufige Mittelohrentzündungen, Drehschwindel, etc.?)

Nein

Haben Sie Druckausgleichsprobleme bei Tunnel-Durchfahrten, in den Bergen oder im Flugzeug?

Nein

Sind Erkrankungen der Nieren bekannt wie Nierensteine, Dialyse, erhöhte Nierenwerte, Blasenentleerungsstörungen, etc.?

Nein

Besteht eine Stoffwechselerkrankung wie z.B.: Diabetes, Gicht, Schilddrüsenüberfunktion oder Unterfunktion, Osteoporose, etc.?

Nein

Sind Erkrankungen des Skelettsystems bekannt, so dass Sie nicht schwer heben dürfen oder können?
(Wirbelsäulenschäden, Knie- oder Hüftgelenksersatz)

Nein

Sind neurologische oder psychiatrische Erkrankungen wie z.B. Epilepsie, multiple Sklerose, Neigung zu Krämpfen, Angst in engen Räumen, Klaustrophobie, Angoraphobie, Depression, Wahnvorstellungen, Neigung zu Übermut oder Risikobereitschaft, Panikattacken, Migräne,... bekannt oder verdächtig?

Nein

Hatten Sie jemals eine Kopfverletzung (Schädel-Hirn-Trauma)?
Wenn ja wann: _____

Nein

Sind Sie regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung und haben keine bekannten Hohlräume in den Zähnen oder unversorgte kariöse Zähne?

Nein

Hatten Sie jemals Ohnmachtsanfälle oder Blackouts?
Wenn ja wann: _____

Nein

Gibt es andere Erkrankungen, von denen Sie glauben, dass sie vielleicht Einfluss auf Ihre Gesundheit oder die Eignung zum Tauchen haben könnten?
Wenn ja, welche: _____

Nein

Zusatzfrage bei Frauen: Könnten Sie schwanger sein?

Nein

Ich versichere alle Fragen gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____