

HNO-ärztliches Attest für Taucher

Teil A

Name, Vorname: Geb. Datum:
Adresse: Beruf:
Tel./Fax: Hausarzt:

Sportliche Betätigung

Gerätetauchen seit:

Tauchverfahren:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> offene Systeme | <input type="checkbox"/> Kreislaufgeräte | <input type="checkbox"/> Mischgastauchen |
| <input type="checkbox"/> Höhlentauchen | <input type="checkbox"/> Wracktauchen | <input type="checkbox"/> Einsatz- bzw. Rettungstauchen |
| <input type="checkbox"/> 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 jemals einen Tauchunfall oder Tauchzwischenfall?

(Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufig Kopfschmerz beim Tauchen)

- nein ja:

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, schwerere Verletzungen oder Unfälle?

- nein ja:

Hatte/haben Sie Beschwerden o. Erkrankungen folgender Organe o. Körperfunktionen?

Kopf, Gehirn, Nervensystem:

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

nein ja

Psyche:

(Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmung in engen Räumen ode auf freien Plätzen, Panikattacek, 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:

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

nein ja

Ohren:

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

nein ja

Atmungsorgane:

(Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Asthma, länger dauerende 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- und Zwölffingerdarmgeschüre, 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, Rheumatismus, Bandscheibenschäden, Bewegungseinschränkungen)

nein ja

Stoffwechsel:

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

nein ja

Leiden Sie an Allergien?

nein ja

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

nein ja

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein fallweise regelmäßig Art, Menge:

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

nein ja, in derWoche

Wurde innerhalb der letzten Jahre eine Röntgenuntersuchung der Lunge durchgeführt?

nein ja, vorMonat(en)/Jah(en) Begründung:

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

nein ja, vor Monat(en)/Jah(en) Begründung:

Ergänzungen:

Datum: Unterschrift des Probanden:

Unterschrift/Stempel des Arztes