

Daniel Lüdeling

Facharzt für Anästhesiologie
Intensivmedizin und Notfallmedizin
Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Tel: 0049 (0) 151 27529723
Email: luedeling@gmail.com
Lessingstrasse 2a, 33604 Bielefeld/Germany

PADI Dive-Box (www.dive-box.de), Bielefeld/Germany

Medizinische Untersuchung zur Tauchtauglichkeit

Hallo liebe Taucherin/lieber Taucher,

Tauchen ist unter Berücksichtigung der Regeln und Vorsichtsmaßnahmen eine sichere und spannende Sportart. Trotzdem ist unter der Wasseroberfläche einiges anders als in unserem gewohnten Lebensbereich.

Daher ist es vor dem ersten Tauchgang wichtig, eine tauchärztliche Untersuchung zur Einschätzung möglicher körperlicher Risikofaktoren durchzuführen.
Keine Sorge - eine normale „Alltagskondition“ reicht für den Tauchsport völlig aus.

Zur Durchführung der tauchärztlichen Untersuchung bitte ich um die Beantwortung einiger Fragen; im Anschluss der Anamnese werde ich eine kurze und schmerzfreie körperliche Untersuchung durchführen, die im Wesentlichen beinhaltet:

- **Blutdruckmessung** (im Ruhezustand/nach Belastung)
- **Herzfrequenz** (im Ruhezustand/nach Belastung)
- **Auskultation der Lunge und des Herzens** (Abhören der Lunge/des Herzens)
- **Pulsoxymetrische Untersuchung** (Messung der O₂-Sättigung des Blutes)
- **Otoskopische Untersuchung zur Beurteilung der Trommelfelle** (Ohrspiegelung)

Die Fragen findest Du umseitig, die Beantwortung dauert nur zwei Minuten.

Soweit keine medizinischen Einwände gegen Deine tauchsportlichen Aktivitäten sprechen, stelle ich nach Abschluss der Anamnese und Untersuchung eine ärztliche Bescheinigung aus, die Dir eine medizinische Unbedenklichkeit zur Ausübung des Tauchsportes attestiert.

Mit freundlichen Grüßen,

Daniel Lüdeling

Medizinische Untersuchung zur Tauchtauglichkeit - Anamnese

Folgende Fragen bitte ich ehrlich zu beantworten. Sie helfen mir zu Berteilung eines möglichen gesundheitlichen Risikos vor Ausübung des Tauchsportes. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unsicherheiten bei der Beantwortung lasse die Frage einfach aus, so dass wir gemeinsam darüber sprechen können.

Vorname und Nachname:

Geburtsdatum:

Körpergröße und Gewicht: (ungefähr)

Hausarzt: (Name, Ort)

Regelmäßige Routineuntersuchungen beim Hausarzt? Ja Nein

Fand bereits eine tauchmedizinische Untersuchung statt? Ja Nein

Ich habe bereits einige Tauchgänge absolviert/tauche regelmäßig Ja Nein

Bestehen wesentliche akute oder chronische Vorerkrankungen im Bereich

des Kreislaufs/der Kreislauforgane? (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)

Nein Ja:

der Atmung/Lunge? (z.B. Asthma, Bronchitis)

Nein Ja:

Ich rauche Gar nicht Ja, ungefähr Stk./Tag

des Stoffwechsels? (z.B. Diabetes)

Nein Ja:

des Bewusstseins bzw. der Sinnesorgane? (z.B. Ohnmachtsanfälle, Taubheitsgefühl, Reisekrankheit, Sehstörungen, Migräne)

Nein Ja:

des Nervensystems bzw. Psyche? (z.B. Epilepsie, Psychose/Angststörungen, Suchtleiden)

Nein Ja:

der Gelenke/der Wirbelsäule? (z.B. Rheuma, Arthrose, Bandscheibenvorfall)

Nein Ja:

des Hals/Nasen/Ohrenbereiches? (z.B. Mittelohrentzündungen, chronische oder akute Nebenhöhlenentzündungen)

Nein Ja:

der Zähne? (z.B. Wurzelentzündungen, provisorische Füllungen)

Nein Ja:

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen oder Allergien?

Nein Ja:

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, folgende:

Bist Du in den letzten 10 Jahren operiert worden?

Nein Ja:

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

Nein Ja

Besteht aktuell ein Tetanusschutz? (Auffrischung alle 10 Jahre)

Ja Nein

Hattest Du schon einmal Probleme beim Druckausgleich im Flugzeug/unter Wasser?

Nein Ja:

Hattest oder hast Du sonstige Erkrankungen oder Einschränkungen, die tauchmedizinisch relevant sein könnten?

Nein Ja:

Ich versichere, dass die Angaben - soweit mir bekannt - richtig sind.

Ort/Datum, Unterschrift

Ergebnis der tauchmedizinischen Untersuchung am

Auskultation der Lunge:

Auskultation des Herzens:

Inspektion des Gehörganges re:

Trommelfell re:

Inspektion des Gehörganges li:

Trommelfell li:

Vor Belastung:

Nach Belastung (15 Kniebeugen):

RR:

RR:

HF:

HF:

SpO₂%

SpO₂%

Sonstiges:

Tauchärztliches Attest ausgestellt Ja Nein, weil:

Ggf. Überweisung an:

Nächste Untersuchung fällig am:

Bielefeld,

Ort/Datum, Daniel Lüdeling

Daniel Lüdeling

Facharzt für Anästhesiologie
Intensivmedizin und Notfallmedizin
Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Tel: 0049 (0) 151 27529723
Email: luedeling@gmail.com
Lessingstrasse 2a, 33604 Bielefeld/Germany

PADI Dive-Box (www.dive-box.de), Bielefeld/Germany

Ärztliches Attest: Tauglichkeit für das Sporttauchen Medical Certificate: Fitness for recreational SCUBA diving

Name: _____

Vorname:
First name: _____

Geburtsdatum:
Date of birth: _____

Anschrift:
Address: _____

Hausarzt:
GP: _____

Obengenannte Person ist heute für die Tauglichkeit zum sportlichen Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Anamnese und Untersuchung liegen **keine** Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

This person has been examined for recreational SCUBA diving. Based on the examination and medical history, **no** medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

Einschränkungen: Keine Ja: _____

Limitations: None Yes: _____

Nachuntersuchung:
Next Examination: _____

Ort/Datum:
Place/Date: Bielefeld, _____

Arzt/Physician: Daniel Lüdeling

Daniel Lüdeling

Facharzt für Anästhesiologie
Intensivmedizin und Notfallmedizin
Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Tel: 0049 (0) 151 27529723
Email: luedeling@gmail.com
Lessingstrasse 2a, 33604 Bielefeld/Germany

PADI Dive-Box (www.dive-box.de), Bielefeld/Germany

Ärztliches Attest: Tauglichkeit für das Sporttauchen Medical Certificate: Fitness for recreational SCUBA diving

Name: _____

Vorname:
First name: _____

Geburtsdatum:
Date of birth: _____

Anschrift:
Address: _____

Hausarzt:
GP: _____

Obengenannte Person ist heute für die Tauglichkeit zum sportlichen Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Anamnese und Untersuchung liegen **keine** Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

This person has been examined for recreational SCUBA diving. Based on the examination and medical history, **no** medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

Einschränkungen: Keine Ja: _____

Limitations: None Yes: _____

Nachuntersuchung:
Next Examination: _____

Ort/Datum:
Place/Date: Bielefeld, _____

Arzt/Physician: Daniel Lüdeling