

Fragebogen zur Tauchtauglichkeitsuntersuchung

Bitte füllen Sie den Fragebogen vorab aus und bringen ihn zum Untersuchungstermin mit. Bis zum 18. Geburtstag sollten die Fragen gemeinsam mit den Eltern beantwortet werden.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Seit wann tauchen Sie? _____ Jahr: _____

Bisherige Tauchgänge insgesamt? ca. _____ wann zuletzt: _____

Technisches Tauchen / Mischgas? Ja Nein

Sonstige Sportarten – welche, wie oft? _____

Hatten Sie schon einmal Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht ein Asthma oder eine chronische Bronchitis?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist eine chronische Erkrankung bekannt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühlen, Panik-Attacken?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind jemals Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen aufgetreten oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Sehvermögen eingeschränkt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Anfallserkrankung bzw. Epilepsie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein (insbesondere Psychopharmaka)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals einen Tauchzwischenfall oder Tauchunfall? z.B. Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriß, häufiger Schwindel oder Kopfschmerz?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bestehen Zahnprobleme?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Datum _____ Unterschrift (bei unter 18jährigen auch der Eltern)