



# Medizinisches Gutachten (Vertrauliche Informationen)

## Bitte vor der Unterschrift genau durchlesen.

Ihre Unterschrift auf diesem Gutachten, sowie die eines Arztes ist notwendig für Sie um an den praktischen Übungen des Ausbildungsprogramms von

\_\_\_\_\_ und  
Tauchlehrer

\_\_\_\_\_ in  
Tauchschule

\_\_\_\_\_ Stadt / Land

teilnehmen zu dürfen.

Im Falle eines minderjährigen Tauchschülers ist dieses Gutachten von einem Erziehungsberechtigten zu unterzeichnen.

Tauchen ist eine schöne Beschäftigung und bietet wunderbare Erlebnisse. Hält man sich an alle Anweisungen des Tauchlehrers ist es auch ein sicherer Sport. Sobald man sich aber nicht mehr an die Sicherheitsratschläge hält, kann es zu Unfällen führen.

Als Taucher braucht man keine Spitzenkondition oder Topfitness zu haben, es ist aber auch nicht ratsam extrem übergewichtig zu sein oder bei leichter körperlicher Anstrengung schon außer Atem zu kommen (z.B. Stiegen steigen).

Dieses Gutachten gibt einen Überblick über ihre bisherige Krankengeschichte und muss auch von einem Arzt unterzeichnet werden. Sollten diesbezüglich noch Fragen auftreten, leiten Sie diese bitte an Ihren Tauchlehrer weiter.

## Anamnese

Bitte beantworten Sie die Fragen über Ihre medizinische Vorgeschichte mit **JA** oder **NEIN**. Sollten Sie unsicher sein antworten Sie mit **JA**. Treffen einer oder mehrere Punkte auf Sie zu bedeutet das nicht, dass Sie nicht tauchen können. Klären Sie diesen Fall dann mit Ihrem Arzt ab.

\_\_\_\_\_ Sind Sie schwanger?

\_\_\_\_\_ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
(außer der Pille)

\_\_\_\_\_ Sind Sie älter als 45 und...

# rauchen

# haben erhöhten Cholesterinspiegel

# hatte jemand in Ihrer Familie

Herzkrankheiten?

\_\_\_\_\_ Migräne, oder nehmen Sie Medikamente  
dagegen?

\_\_\_\_\_ Blackouts oder Ohnmachtsanfälle?

\_\_\_\_\_ Seekrankheit oder Autokrankheit?

\_\_\_\_\_ Tauch- oder Dekompressionsunfälle?

## Hatten Sie jemals, oder haben Sie regelmäßig...

\_\_\_\_\_ Asthma oder Atembeschwerden?

\_\_\_\_\_ Chronische Sinusitis oder Bronchitis?

\_\_\_\_\_ Irgendwelche Lungenkrankheiten?

\_\_\_\_\_ Operationen im Brustkorbbereich?

\_\_\_\_\_ Klaustrophobie oder Angoraphobie  
(Angst vor engen oder weiten Räumen)?

\_\_\_\_\_ Epilepsie, Schlaganfall, Krämpfe, oder  
nehmen Medikamente dagegen?

\_\_\_\_\_ Rückenprobleme oder -operationen?

\_\_\_\_\_ Diabetes?

\_\_\_\_\_ Probleme bei leichter körperlicher  
Anstrengung (z.B. Blässe, Blauwerden)?

\_\_\_\_\_ Hohen /Niedrigen Blutdruck, bzw.

nehmen Medikamente dagegen?

\_\_\_\_\_ Herzprobleme oder -operationen?

\_\_\_\_\_ Probleme mit den Ohren oder  
Nebenhöhlen?

\_\_\_\_\_ Druckausgleichsprobleme im Flugzeug  
oder auf Bergen?

\_\_\_\_\_ Probleme mit Alkohol- oder  
Drogenkonsum?

**Die von mir gemachten Angaben wurden von mir mit bestem Wissen und Gewissen gemacht.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Schülers oder eines Erziehungsberechtigten

## KURSTEILNEHMER

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen.

Name \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PLZ / Stadt \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## UNTERSUCHENDER ARZT

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen.

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Ärztlicher Befund

Oben angeführter Schüler ist aus medizinischer Sicht  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- zum Tauchen geeignet.
- nicht zum Tauchen geeignet.

Bemerkung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes