

Medizinische Selbstauskunft für Taucher



Vertrauliche Informationen - Bitte vor der Unterschrift genau durchlesen

Diese Selbstauskunft gibt Dir und uns einen Überblick über Deine bisherige Krankengeschichte. Tauchen kann unter bestimmten Umständen anstrengend sein und wir wollen, dass Du bestmöglich vorbereitet bist. Im Zweifelsfall kann es passieren, dass Du mit einem Tauchmediziner abklären solltest, ob Du für das Gerätetauchen geeignet bist. Besonders gesunde Atemwege und intakte Körperhöhlen sind für das Tauchen mit Gerät wichtig. Aber auch eine grundlegende körperliche und mentale Fitness sollten vorhanden sein. Solltest Du diesbezüglich Fragen haben, sprich mit uns darüber.

Deine wahrheitsgemäßen Angaben und Deine Unterschrift sind notwendig, um an den praktischen Übungen des Ausbildungsprogramms oder an begleiteten Tauchgängen bei **Divecenter Menadive** teilzunehmen.

Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin

Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Stadt

Land

Telefon

Email

nur Tauchgänge

*Datum des Kursbeginns/ersten
Tauchgangs*

ggf. Bezeichnung des Kurses

Tauchlehrer / Tauchlehrerin

Bitte markiere auf dem folgenden Fragebogen **alle** Aussagen **JA (J)** oder **NEIN (N)**. Im Zweifelsfall antworte mit **JA**. Sind einer oder mehrere Punkte auf Dich zutreffend, bedeutet das **nicht**, dass Du nicht tauchen kannst. Kläre diesen Fall mit Deinem Arzt ab.

J | N

Könnte es sein, dass du schwanger bist oder wünschst du dir eine Schwangerschaft?

Nimmst du gegenwärtig verordnete Medikamente ein? (mit Ausnahme von Contraceptiva oder Malariaphylaxe)

Bist Du älter als 45 und ...

rauchst?

bist in ärztlicher Behandlung?

hast einen erhöhten Cholesterinspiegel?

hast hohen Blutdruck?

es gab Herzinfarkte oder Schlaganfälle in der Familie?

Diabetes mellitus, auch wenn ausschließlich durch Diät unter Kontrolle?

Hattest Du oder hast Du ...

Asthma, Atembeschwerden oder Atemprobleme bei körperlicher Anstrengung?

Häufige oder starke Anfälle von Heuschnupfen oder Allergien?

Häufige Erkältungen, Nebenhöhlentzündungen oder Bronchitis?

Eine Form einer Lungenerkrankung?

Immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?

J | N

Epilepsie, Anfälle, Krämpfe oder nimmst du Medikamente dagegen?

Erkrankungen oder chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbs?

Diabetes?

Wiederholt auftretende massive migräneartige Kopfschmerzen oder nimmst du Medikamente dagegen?

Einen Lungenriss (Pneumothorax)?

Ohnmachtsanfälle (gänzlicher oder teilweiser Verlust des Bewusstseins)?

Häufige oder starke Probleme mit Reisekrankheit (im Boot, Auto usw.)?

Durchfall oder Austrocknung mit notwendiger medizinischer Versorgung?

Einen Tauchunfall oder eine Dekompressionskrankheit?

Schwierigkeiten bei mäßiger körperlicher Betätigung (z. B. 1,6 km in 12 Min. gehen)?

Weichteilbrüche?

Einen chirurgischen Eingriff im Bereich des Rückens oder der Wirbelsäule?

Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit innerhalb der letzten 5 Jahre?

J | N

Probleme an Rücken, Armen oder Beinen infolge chirurgischer Eingriffe, Verletzungen oder Brüchen?

Hohen Blutdruck oder nimmst du Medikamente zur Kontrolle des Blutdrucks?

Eine Herzerkrankung?

Einen Herzinfarkt?

Angina pectoris, chirurgische Eingriffe an Herz oder Blutgefäßen?

Chirurgische Eingriffe an Nebenhöhlen?

Blutungen oder andere Blutprobleme?

Wiederholt auftretende Ohrprobleme?

Ohrenkrankheiten oder -operationen, Gehörverlust oder Gleichgewichtsstörungen?

Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre?

Einen künstlichen Darmausgang?

Körperliche oder psychische Probleme wie Panik, Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?

Einnahme von sportlichen Aufbaupräparaten oder Behandlung wegen Alkoholproblemen in den letzten 5 Jahren?

Hiermit erkläre ich, dass die Angaben zu meinem Gesundheitszustand korrekt sind und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen. Ich bestätige, dass ich meinen Tauchlehrer/Guide über alle Änderungen meines Gesundheitszustandes während der Teilnahme am Tauchprogramm informieren muss. Ich übernehme die Verantwortung für unterlassene Angaben zu meinem vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Datum

*Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin
(bei minderjährigen Unterschrift einer erziehungsberechtigten Person)*