



Tauchtauglichkeitsuntersuchung von Kindern und Jugendlichen

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Adresse:

Tel.:

Kinderarzt: Datum:

Sportliche Betätigung

Wie würdest Du Deine körperliche Fitness einordnen?

- Sehr gut Gut Zufriedenstellend Mäßig Schlecht

Bist Du in einem Sportverein? Nein Ja Welche Sportart?

Wie oft machst Du Sport? x/Woche

Welches Schwimm- / Tauchabzeichen hast Du?.....

Wie viele Tauchgänge hast Du schon gemacht? Maximale Tiefe? m

Hattest Du Probleme oder einen Unfall beim Schwimmen oder beim Tauchen?

(Schwindel beim Tauchen, Panikattacke, ...).....

Anamnese

Hast Du jetzt (oder hattest Du in den letzten Wochen) eine Erkältung oder Fieber? Nein Ja

Hast Du häufig Husten? Nein Ja, ca. x I Monat

Benutzt Du ein Inhalationsgerät? Nein Ja , warum?

Wirst Du leicht Seekrank oder wird Dir beim Autofahren übel? Ja Nein

Kannst Du normal hören? Ja Nein, warum nicht:

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Bist Du vollständig geimpft? Ja Nein, es fehlen

Bisherige Entwicklung? Unauffällig Auffälligkeiten:

In welche Schulklasse gehst Du?



Hattest Du eine der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden? (bei positiver Antwort bitte ankreuzen)

- Augenprobleme, brauchst Du eine Brille oder Kontaktlinsen?
- Asthma bronchiale, Nasennebenhöhlenentzündung, Lungenentzündung, lang dauernde Bronchitis
- Lungenverletzung oder Pneumothorax, Operationen an der Lunge oder am Brustkorb
- Heuschnupfen, Allergien, wenn ja welche:
- Loch im Trommelfell, Flüssigkeit aus dem Ohr, Operationen am Ohr (Paukenröhrchen)
- Operationen im Halsbereich: (Polypen- oder Mandeloperation)
- Herzerkrankungen, Herzbeschwerden, Herzstiche, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck
- Schwindelanfalle, Panikattacken, Depressionen, Angst in engen Räumen
- Nervenerkrankungen, Anfallsleiden (Epilepsie), Migräne oder immer wieder kehrende Kopfschmerzen. ADS / ADHS?
- Kopfverletzungen oder schwere Gehirnerschütterung, Lähmungen oder Muskelerkrankungen
- Rückenprobleme, Knochenbrüche, Knochenerkrankungen, Hauterkrankungen
- Operationen im Bauchbereich (Darm, Leber, Nieren, Blase), Leistenbrüche

Hattest Du einen schweren Unfall? Nein Ja

Wenn ja, was und mit welchen Folgen:

- Nierenerkrankungen Diabetes mellitus Stoffwechselerkrankungen. Bluterkrankungen

Hattest Du eine Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist:

Rauchst Du Zigaretten oder Wasserpfeife? Nein Wenn ja, wie häufig? Zig. / Tag / Woche

Trinkst Du Alkohol (Bier, Schnäpse, Mix)? Nein Wenn ja, wie oft, wie viel?

Nimmst Du Drogen (Marihuana, synthetische Drogen, Kokain,...)? Nein

Wenn ja, was und wie häufig?

Komplikationen in der Neugeborenenzeit; Frühgeburtlichkeit? Nein Ja:

Wurde bereits ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? Nein Wenn ja, wann und warum?

Wurde schon einmal ein EKG abgeleitet? Nein Wenn ja, wann und warum

Plötzliche Todesfälle in der Familie (< 30 Jahre)? Nein Wenn ja, warum?

- Wichtige Erkrankungen in der Familie: