

Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



Teil 2.1

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Tel: _____

Schulklasse: _____ Kinder-Jugendarzt / Hausarzt: _____

Untersuchungsdatum: _____

Letzte Tauchsportärztliche-Untersuchung: _____

Sportliche Betätigung

Wie würdest Du Deine körperliche Fitness einordnen ?

Sehr gut gut zufriedenstellend mäßig schlecht

Bist Du in einem Sportverein? Ja Nein

Welche Sportart? _____

Wie oft machst Du Sport ? _____ Stunden pro Woche (ohne Schulsport)

Welches Schwimmbadzeichen hast Du? _____

Hast Du schon einen Tauchschein? Ja Nein

Welchen? _____

Wie viele Tauchgänge? _____

Maximale Tiefe: _____ m

Hattest Du Probleme oder einen Unfall beim Schwimmen oder beim Tauchen ? Nein
(Schwindel, Panikattacke,...)

Warum möchtest Du tauchen? _____

Anamnese / Krankengeschichte

Probleme / Beschwerden / Erkrankungen von :

Kopf: (z.B. Gehirnerschütterung, Operationen) _____ Nein

Augen: (z.B. Brille, Kontaktlinsen, Operationen o.ä.) _____ Nein

Zähne/Kiefer: (z.B. Zahnklammer, lockere Zähne) _____ Nein

Hals: (z.B. Polypen- oder Mandeloperation) _____ Nein

Nase: (z.B. Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenentzündung) _____ Nein

Ohren: (z.B. Trommelfellriss, Operationen) _____ Nein

Lunge: (z.B. Asthma, Lungenriss, Lungenentzündung, Husten beim Sport, Operationen)
_____ Nein

Wurde ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? (warum ?) _____ Nein

Benutzt Du ein Inhalations-Gerät? (oder früher) _____ Nein

Herz: (z.B. Herzschmerzen, Herzstiche, Rhythmusstörung, Bluthochdruck, Operationen) _____ Nein

Wurde schon ein EKG abgeleitet? (warum ?) _____ Nein



Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



Teil 2.2

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Nerven, Gehirn: (z.B. Krampfanfälle, Migräne, Kopfschmerzen, ADHS, Schwindelanfälle, Panikattacken, Depressionen, Ängste, Zwänge, Koordinationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen) _____

Nein

Wirst Du leicht Seekrank / wird Dir beim Autofahren übel ? Ja

Nein

Bauch: (z.B. Operationen, Leistenbruch, Blinddarmentzündung) _____

Nein

Rücken: (z.B. Rückenschmerzen, Operationen) _____

Nein

Arme und Beine: (z.B. Knieschmerzen, Brüche) _____

Nein

Stoffwechsel: (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung) _____

Nein

Haut-Erkrankungen: _____

Nein

Plötzliche Todesfälle in der Familie (<40Jahre) oder Erbkrankheiten: _____

Nein

Hast Du eine Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist: _____

Nein

Hattest Du einen schweren Unfall: _____

Nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

Nein

Wenn ja, was : _____

Rauchst Du Zigaretten oder Wasserpfeife?

Nein

Wenn ja, was und wie viel / häufig : _____

Nimmst Du Drogen?

Nein

Wenn ja, was und wie häufig : _____

Trinkst Du Alkohol?

Nein

Wenn ja, was, wie viel / wie häufig : _____

Hattest Du eine Infektion mit dem Corona-Virus (SARS-COV-2) ?

Nein

Wenn ja, wann: _____

Wurdest Du schon mit einem Schnell-Test oder PCR-Test

positiv auf COVID-19-Erkrankung getestet?

Nein

Wenn ja, (wann?) _____ Welche Symptome hattest Du und welche hast Du immer noch?

_____ / _____

