



Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf "Tauchen" auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus. Hinweis für Frauen:

Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1. Ich hatte Probleme mit Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
2. Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
3. Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4. Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
5. Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6. Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten D	Nein <input type="checkbox"/>
7. Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lernbehinderung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten E	Nein <input type="checkbox"/>
8. Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
9. Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> → Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
10. Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte)

Datum(TT/MM/JJ)

Teilnehmer Name

Geburtsdatum

Instruktor Name
(Druckschrift)

Einrichtung

*** Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben, lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung) zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.**

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

Kasten A – Ich habe/hatte:		
Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenoperation, Stentimplantation oder einen Pneumothorax (kollabierte Lunge).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine COVID-19 Diagnose	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kasten B – Ich bin über 45 Jahre alt UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kasten C – Ich habe/hatte:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kasten D – Ich habe/hatte:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kasten E – Ich habe/hatte:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kasten F – Ich habe/hatte:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder insulin- oder diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kasten G – Ich hatte:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

* Ärztliche Beurteilung erforderlich (siehe Seite 1).

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

Teilnehmer Name _____ Geburtsdatum _____
(Druckschrift) Datum (TT/MM/JJJJ)

Die oben genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie uhms.org für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

Untersuchungsergebnis

- Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.
 Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Unterschrift des Arztes

Datum (TT/MM/JJJJ)

Name des Arztes _____ Spezialisierung _____

Klinik/Krankenhaus _____

Adresse _____

Tel.: _____ Email _____

Arzt / Klinik Stempel (optional)

Erstellt von [Diver Medical Screen Committee](#) in Zusammenarbeit mit den folgenden

Organisationen:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego



FORMULAR ZUR GESUNDHEITSERKLÄRUNG / COVID-19

Lies diese Erklärung, bevor Du sie unterschreibst. Du musst diese zusätzliche medizinische Erklärung ausfüllen, um Dich für ein Tauchausbildungsprogramm anzumelden oder an einer Tauchaktivität teilzunehmen. Wenn Du minderjährig bist, musst Du diese Erklärung von Deinen Eltern oder Deinem Erziehungsberechtigten unterschreiben lassen.

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN FÜR TAUCHER

Mit diesem medizinischen Fragebogen soll sichergestellt werden, dass Du medizinisch tauchfähig bist. Bitte beantworte die folgenden Fragen mit JA oder NEIN. Wenn Du Dir nicht sicher bist, antworte mit JA. Eine positive Antwort bedeutet, dass möglicherweise eine Vorerkrankung vorliegt, die Deine Sicherheit beim Tauchen beeinträchtigen könnte. Wenn einer dieser Punkte auf Dich zutrifft, musst Du Dich vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten mit einem Arzt, vorzugsweise einem Spezialisten für Tauchmedizin, beraten.

Innerhalb der 40 Tage, die unmittelbar vor dem Datum dieses Gesundheitserklärungsformulars liegen, hast Du / bist Du:

1. POSITIV ODER VERMUTLICH POSITIV MIT COVID-19 (DEM NEUEN CORONAVIRUS ODER- SARS-COV2) GETESTET ODER ALS POTENZIELLER TRÄGER DES CORONAVIRUS IDENTIFIZIERT WORDEN?
 JA NEIN
2. SYMPTOME AUFTRATEN, DIE HÄUFIG MIT COVID-19 ASSOZIIERT SIND (FIEBER, HUSTEN, MÜDIGKEIT ODER MUSKELSCHMERZEN, ATEMBESCHWERDEN, HALSSCHMERZEN, LUNGENINFEKTIONEN, KOPFSCHMERZEN, GESCHMACKSVERLUST ODER DURCHFALL)?
 JA NEIN
3. AN EINEM ORT/EINER STÄTTE GEWESEN, DER/DIE VON EINER ANERKANNTEN GESUNDHEITS- ODER AUFSICHTSBEHÖRDE ALS GEFÄHRLICH UND/ODER POTENTIELL INFEKTIÖS MIT DEM NEUEN CORONAVIRUS ERKLÄRT WURDE?
 JA NEIN
4. IN DIREKTEM KONTAKT MIT ODER IN UNMITTELBARER NÄHE VON PERSONEN GESTANDEN HABEN, DIE POSITIV AUF DAS NEUE CORONAVIRUS GETESTET WURDEN ODER BEI DENEN EINE MÖGLICHE INFEKTION MIT DEM NEUEN CORONAVIRUS DIAGNOSTIZIERT WURDE?
 JA NEIN

Die von mir gemachten Angaben zu meiner Krankengeschichte sind nach bestem Wissen und Gewissen korrekt. Ich erkläre mich damit einverstanden, die Verantwortung für etwaige Versäumnisse bei der Offenlegung meines bestehenden oder früheren Gesundheitszustands zu übernehmen.

Ich verpflichte mich auch, den _____ über jedes Symptom zu informieren, das nach dem Ausfüllen dieser Erklärung und/oder nach dem Kontakt mit jemandem, der nach Unterzeichnung der Erklärung positiv getestet wurde, auftreten kann.

Vollständiger Name

Datum

Vollständiger Name
des Vormunds

Datum

Unterschrift

Unterschrift

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNGEN / COVID-19

ICH WERDE, falls darum gebeten wird, während der Teilnahme an der Tauchausbildung/den Tauchaktivitäten, die vom _____ arrangiert werden, jederzeit eine Schutzmaske zu tragen und werde alle angemessenen vorbeugenden Maßnahmen ergreifen, die vom _____ oder von einer zuständigen Behörde empfohlen werden.

ICH WERDE alle Anweisungen des _____ akzeptieren und befolgen, die dazu dienen, alle bestehenden Vorschriften zu befolgen, die erforderlich sind, um das Risiko einer Übertragung zu verhindern, einschliesslich einer Temperaturmessung vor der Teilnahme an Tauchaktivitäten.

ICH NEHME ZUR KENNTNIS und AKZEPTIERE, dass diese Erklärung als mein Einverständnis betrachtet wird, dass der _____ diese Erklärung aufbewahrt und sie an alle zuständigen Behörden oder Dienstleister weitergibt, um die Sicherheit Dritter zu gewährleisten, die vor, während und nach einer Tauchaktivität mit mir in Kontakt kommen könnten.

Vollständiger Name
des Tauchlehrer

Datum

Vollständiger Name
des Vormunds

Datum

Unterschrift

Unterschrift



BITTE BEACHTE

COVID-19 weist viele der gleichen Symptome auf wie andere schwere virale Pneumonien, die eine Zeit der Rekonvaleszenz erfordern, bevor Du wieder voll aktiv werden kannst - ein Prozess, der je nach Schwere der Symptome Wochen oder Monate dauern kann (1).

MEDIZINISCHE EMPFEHLUNGEN (2):

- Taucher, die symptomatisch an COVID-19 erkrankt sind, sollten mindestens ZWEI Monate, vorzugsweise DREI Monate, warten, bevor sie ihre Tauchaktivitäten wieder aufnehmen.
- Taucher, die positiv auf COVID-19 getestet wurden, aber völlig asymptomatisch geblieben sind, sollten EINEN Monat warten, bevor sie ihre Tauchaktivitäten wieder aufnehmen.
- Taucher, die mit Lungensymptomen im Zusammenhang mit COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert wurden, sollten sich nach einer dreimonatigen Wartezeit einem vollständigen Lungenfunktionstest sowie einer Herzuntersuchung mit Echokardiographie und einem Belastungstest (Belastungs-Elektrokardiographie) unterziehen, um die normale Herzfunktion vor der Rückkehr zum Tauchen festzustellen

ALLGEMEINE EMPFEHLUNG

- Taucher und Tauchzentren sollten sich strikt an die Richtlinien für die Desinfektion von Tauchausrüstung halten (die von den Tauchverbänden und DAN Europe / Divers Alert Network herausgegeben werden).

REFERENZEN

- (1) [Return to Diving Post COVID-19](#) - herausgegeben von der Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS) in den USA.
- (2) [Diving after COVID-19 pulmonary infection](#) - ausgestellt von der Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS) in den USA. Eine Positionserklärung der Belgischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (SBMHS-BVOOG).

Das vorliegende ist ein Muster einer Gesundheitsdeklaration, die ein Tauchcenter oder ein Tauchprofi möglicherweise annehmen und Kunden und Schülern vorlegen möchte, bevor er mit ihnen eine Tauchaktivität aufnimmt.

Das Formular wurde vom Team der Medizinischen Abteilung von DAN Europe auf der Grundlage der ab Mai 2020 verfügbaren Informationen entwickelt. Die epidemiologische Situation entwickelt sich ständig weiter, so dass dieses Dokument Änderungen und Aktualisierungen unterliegen kann.

Mit der Unterstützung von

