



Teilnehmer(in) Name

Geburtsdatum

(Druckbuchstaben)

Datum (TT/MM/JJ)



## Taucher Medizincheck | Teilnehmer-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 denken, dass Sie eine ansteckende Krankheit haben könnten, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an Tauchausbildung und/oder 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 und/oder Blut, die meine normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigten.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Box A	<input type="checkbox"/> Nein
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Box B	<input type="checkbox"/> Nein
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.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Abschnitt C	<input type="checkbox"/> Nein
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Abschnitt D	<input type="checkbox"/> Nein
7	Ich befinde mich derzeit in Behandlung (oder war in den letzten fünf Jahren in Behandlung) wegen psychischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken oder einer Drogen- oder Alkoholsucht; oder bei mir wurde eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Box E	<input type="checkbox"/> Nein
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Box F	<input type="checkbox"/> Nein
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	<input type="checkbox"/> Ja Gehe zu Box G	<input type="checkbox"/> Nein
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente (mit Ausnahme von Empfängnisverhütungs- oder Anti-Malaria-Medikamenten außer Mefloquin (Lariam).	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

## Teilnehmer Unterschrift

**Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Untersuchung 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.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers (oder, falls minderjährig, die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten des Teilnehmers erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJ)

\_\_\_\_\_  
Teilnehmer Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

\_\_\_\_\_  
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 Seitendieses Formulars (Teilnehmerfragebogen 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.

Versionsdatum: 2022-02-01 1 von 3 © 2020



SSI Training Center #809642

Scuba Tulum

Calle 16 Sur MZ 744, 77760 Tulum QR

MEXICO

info@scubatulum.mx | Tel: +52 984 115 2336



01.03.2026



Teilnehmer(in) Name

Geburtsdatum

(Druckbuchstaben)

Datum (TT/MM/JJ)

## Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

### KASTEN A – ICH HABE/HATTE:

Brustchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenchirurgie, ein implantierbares medizinisches Gerät (z. B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/Training einschränken.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
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.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden an Lunge, Atmung, Herz und/oder Blut in den letzten 30 Tagen, die meine körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

### KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:

Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ich habe hohen Blutdruck.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzerkrankung oder Erkrankung des Herzmuskels).	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

### KASTEN C – ICH HABE/HATTE:

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

### KASTEN D – ICH HABE/HATTE:

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

### KASTEN E – ICH HABE/HATTE:

Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Es wurde eine psychische Erkrankung oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	<input type="checkbox"/> Ja *	<input type="checkbox"/> Nein

### KASTEN F – ICH HABE/HATTE:

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

### KASTEN G – ICH HABE/HATTE:

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

\*Ärztliche Untersuchung erforderlich (siehe Seite 1). 2 von 3 © 2020



SSI Training Center #809642

Scuba Tulum

Calle 16 Sur MZ 744, 77760 Tulum QR

MEXICO

info@scubatulum.mx | Tel: +52 984 115 2336



01.03.2026



Teilnehmer(in) Name

Geburtsdatum

(Druckbuchstaben)

Datum (TT/MM/JJ)

## Taucher Medizincheck | Beurteilungsformular des Mediziners

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](https://uhms.org) und <https://www.gtuem.org/> für medizinische Hinweise zu Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie im Rahmen Ihrer Bewertung die für Ihren Patienten relevanten Bereiche.

### 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 zertifizierten Arztes oder eines anderen gesetzlich zertifizierten medizinischen Leistungserbringers

Datum (TT/MM/JJ)

Name des Arztes

(Druckbuchstaben)

Klinische Abschlüsse/Zeugnisse

Klinik/Hospital

Adresse

Telefon / Mobiltelefon

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**

