



**ÖGUHM**

Österreichische Gesellschaft für Unterwasser- und Hyperbarmedizin  
Austrian Society for Underwater and Hyperbaric Medicine  
ZVR-Zahl: 981 547 217

**ASUHM**

Krottenbachstr. 267/1/11, 1190 Wien, Österreich  
Tel/Fax: +43 1 440 34 71

[www.oeguhm.at](http://www.oeguhm.at)

[www.asuhm.at](http://www.asuhm.at)

## TAUCHTAUGLICHKEITS – FRAGEBOGEN für Sporttaucher

**Name:**

**geb:**

**Adresse:**

**Tel.:**

**Anzahl der Tauchgänge:**

**Ausbildungen:**

**Sonstige Sportarten regelmäßig (= mindestens 2-3 x/Woche):**

Dieser Fragebogen dient zur Erhebung ev. bestehender Risiken für Sporttauchen und soll gewissenhaft beantwortet werden, um Sie richtig beraten zu können. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und verbleibt in der Kartei des Arztes.

Hatten Sie Krankenhausaufenthalte, Operationen oder schwere Verletzungen? Z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Gehirnerschütterung, Komplizierte Knochenbrüche, Pneumothorax oder andere??

nein ja, und zwar

Leiden oder litten Sie jemals an Epileptischen Anfällen, Gleichgewichtsstörungen, Drehschwindel, Bewusstlosigkeit, Migräne, oder anderen neurologischen Störungen?

nein ja, und zwar

Leiden oder litten Sie an Angstreaktionen, Panikattacken, Klaustrophobie oder Agoraphobie (Angst auf weiten freien Plätzen), Depressionen oder sonstigen psychischen Erkrankungen?

nein ja, und zwar

Brauchen Sie Brillen oder Kontaktlinsen? Haben Sie Augenerkrankungen (z.B. Glaukom)?

nein ja, und zwar

Leiden Sie an verstopfter Nase, häufigen Nasennebenhöhlenentzündungen?

nein ja, und zwar

Leiden Sie an Erkrankungen des Ohres, Mittelohres oder Innenohres? Hatten Sie schon einmal eine Trommelfellperforation, häufige Gehörgangsentzündungen, Hörstörungen oder Gleichgewichtsprobleme?

nein ja, und zwar

Leiden oder litten Sie an Asthma, chronischer Bronchitis, Lungenentzündung, Anstrengungsasthma (Husten nach Anstrengungen) oder einer Lungenerkrankung ?

nein ja, und zwar

Wann wurde zuletzt ein Lungenröntgen gemacht? noch nie im Jahr.....

Wurde schon mal ein EKG gemacht? nein ja, und zwar

---

Hatten Sie schon mal eine Herzerkrankung (Herzmuskelentzündung), Herzinfarkt, Angina pectoris, (Druck auf der Brust bei Anstrengung), oder Herzschwäche? Hohen Blutdruck? Zu niedrigen Blutdruck? Kreislaufbedingte Ohnmachtsanfälle oder kurzzeitige Synkopen? Herzrhythmusstörungen? Thrombosen?

nein ja, und zwar

---

Leiden Sie unter Problemen des Verdauungstraktes? Durchfällen, Magengeschwür? Gallensteinen? Leistenbruch?

nein ja, und zwar

---

Haben Sie Probleme von Seiten des Harntraktes? Nierensteine? Koliken? Häufige Harnwegsinfekte?

nein ja, und zwar

---

Leiden oder litten Sie an Problemen mit dem Rücken (z.B. Bandscheibenproblemen), Gelenken, habituellen Luxationen (Ausrenkungen) der Schulter, Hüfte, oder Kniescheibe?

nein ja, und zwar

---

Leiden Sie an Diabetes oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? (Schilddrüse, .....)

nein ja, und zwar

---

Leiden Sie an Allergien? Hatten (haben) Sie Heuschnupfen oder Neurodermitis?

nein ja, und zwar

---

Hatten Sie in den letzten Wochen eine fieberhafte Erkrankung? **Haben Sie eine COVID-19 Erkrankung durchgemacht oder wurden Sie positiv auf COVID 19 getestet?**

nein ja, und zwar

---

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? nein ja, und zwar ..... Zig. / Tag

---

Alkohol? nie mäßig regelmäßig Drogen? nein ja

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?: nein ja, und zwar

---

Für Frauen: Sind Sie derzeit schwanger? nein ja

---

Haben oder hatten Sie sonstige Erkrankungen oder gesundheitliche Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein ja, und zwar

---

Ich erkläre, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum.....

Unterschrift: