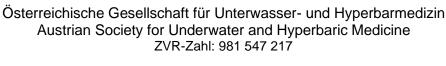
## ÖGUHM

## **ASUHM**



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

www.oeguhm.at

www.asuhm.at

## TAUCHTAUGLICHKEITS - FRAGEBOGEN für Sporttaucher

Name:	geb:
Adresse:	Tel.:
Anzahl der Tauchgänge:	Ausbildungen:
Sonstige Sportarten regelmäßig (= r	nindestens 2-3 x/Woche):
	stehender Risiken für Sporttauchen und soll gewissenhaft können. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen s Arztes.
	rationen oder schwere Verletzungen? Z.B. Schädel-Hirn- ierte Knochenbrüche, Pneumothorax oder andere??
Leiden oder litten Sie jemals an Epileptisc Bewusstlosigkeit, Migräne, oder anderen i □nein □ja, und zwar	hen Anfällen, Gleichgewichtsstörungen, Drehschwindel, neurologischen Störungen?
	Panikattacken, Klaustrophobie oder Agoraphobie (Angst oder sonstigen psychischen Erkrankungen?
Brauchen Sie Brillen oder Kontaktlinsen? □nein □ja, und zwar	Haben Sie Augenerkrankungen (z.B. Glaukom?)
Leiden Sie an verstopfter Nase, häufigen ☐nein ☐ja, und zwar	Nasennebenhöhlenentzündungen?
	Mittelohres oder Innenohres? Hatten Sie schon einmal örgangsentzündungen, Hörstörungen oder
Leiden oder litten Sie an Asthma, chronisc Anstrengungsasthma (Husten nach Anstre Inein Ija, und zwar	cher Bronchitis, Lungenentzündung, engungen) oder einer Lungenerkrankung ?
Wann wurde zuletzt ein Lungenröntgen ge	emacht? ☐noch nie ☐ im Jahr
Wurde schon mal ein EKG gemacht? The	ein 🗖 ia und zwar

(Druck a Blutdruck Herzrhyt	uf der Brust	bei Anstr bedingte ( gen? Thro	engung), ode Ohnmachtsa	r Herzsc	uskelentzündun hwäche? Hoher er kurzzeitige Sy	Blutdruck	arkt, Angina pecto ? Zu niedrigen	ris,
	Sie unter Pro einen? Leiste			ngstrakte	s? Durchfällen,	Magenges	chwür?	_
□nein	□ja, und zw	<i>ı</i> ar						
	ie Probleme gsinfekte?	von Seit	en des Harnt	raktes? N	lierensteine? Ko	oliken? Hä	ufige	
□nein	□ja, und zw	/ar						
					n (z.B. Bandsch r, Hüfte, oder Kı	•	lemen), Gelenken ?	,
□nein	□ja, und zw	<i>ı</i> ar						
Leiden S	ie an Diabet	es oder e	einer anderer	Stoffwe	chselerkrankung	g? (Schildd	Irüse,)	
□nein	□ja, und zw	<i>ı</i> ar						
Leiden S	Sie an Allergi	en? Hatte	en (haben) Si	e Heusch	nnupfen oder Ne	eurodermit	is?	
□nein	□ja, und zw	<i>ı</i> ar						
		emacht			irkrankung? Hal itiv auf COVID			
Rauchen	Sie oder ha	aben Sie	geraucht?	□nein	□ja, und zwar		Zig. / Tag	
Alkohol?	□nie □	<b>J</b> mäßig	□regelmäßi	g	Droger	n? □nein	□ja	
Nehmen	Sie regelmä	ißig Medi	kamente ?:	□nein	□ja, und zwar			
Für Frau	en: Sind Sie	derzeit s	schwanger?	□nein	□ja			
	der hatten S sdrücklich ge			gen oder	gesundheitliche	e Beschwe	rden nach denen	
□nein	□ja, und zw	<i>ı</i> ar						
Ich erklä habe.	re, dass ich	alle Anga	ıben wahrhei	tsgemäß	nach bestem W	issen und	Gewissen gemacl	— ht
Ort Dati	ım				Untersch	rift·		