



## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_ Nebenkostenträger: \_\_\_\_\_



Ich bin darauf hingewiesen worden und erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten durch die Druckkammerzentren Rhein Main Taunus GmbH zu folgenden Zwecken erhoben, gespeichert und verwendet werden:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Abrechnungsstellen
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen

### Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruch, Beschwerde

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Ich habe darüber hinaus das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

**Hausarzt:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Hausarztes)

**Überweisender und/oder weiterbehandelnder Arzt:**

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des überweisenden und/oder weiterbehandelnden Arztes)



## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

### Datenübermittlung nach §17 c Abs. 5 KHG:

Ich bin damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten nach Maßgabe des § 301 SGB V maschinenlesbar an Krankenversicherungsunternehmen übermittelt (AVB). Zu diesem Zwecke bin ich damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH bei meiner Krankenversicherung meine persönlichen Versicherungsdaten sowie meinen bestehenden Versicherungsschutz, soweit dies zum Zwecke der Behandlung und deren Abrechnung notwendig ist, abfragen darf.

Ja  Nein

Ich willigen ein, dass die erhobenen Behandlungsdaten meiner Person zweckgebunden im Rahmen von besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen pseudoanonymisiert und verschlüsselt an projektbezogene Auswertungsbeauftragte weitergeleitet werden dürfen.

Ja  Nein

### Datenübermittlung zwischen Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V):

Ich bin damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-main-Taunus GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt.

Ja  Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH die bei meinem **Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Diese Anforderung ermöglicht es den Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt zu erhalten. Die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Die vorstehende Erklärung habe ich vollständig gelesen und in Ihrer Bedeutung erfasst. Ich gebe Sie in freier Entscheidung ab.

\_\_\_\_\_  
Wiesbaden, den

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten:  
des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

# Tauchmedizinischer Untersuchungsbogen



gemäß den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH).

Der untersuchende Arzt muss über tauchmedizinische Kenntnisse verfügen, wie sie z.B. in den von GTÜM e.V. und ÖGTH anerkannten Tauchmedizin-Kursen vermittelt werden.

Weitere Informationen finden Sie auf den Webseiten der Gesellschaften unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) und [www.oegth.at](http://www.oegth.at). Empfehlungen zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, 2. Auflage, Gentner Verlag, 2014



untersuchender Arzt  
Adresse / Stempel:

## Teil A – vom Taucher auszufüllen

### Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Österreich: SV-Nummer

Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.): \_\_\_\_\_

Telefon (dienstl./privat): \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tauchausbildung: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ Bisherige Tauchgänge (Anzahl): \_\_\_\_\_

Tauchverfahren (Art / Häufigkeit): \_\_\_\_\_

z.B. SCUBA, Nitrox, Technisches Tauchen, Höhlen-/Eis-/Wrack-Tauchen, Apnoe, Tauchausbilder, Einsatztaucher

Sonstige Sportarten: \_\_\_\_\_ x pro Woche Schwimmen:  Schwimmer  Nichtschwimmer

### Krankheitsvorgeschichte

**GESAMTE** Krankheitsvorgeschichte oder  **ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: \_\_\_\_\_

nur möglich, wenn letzter Untersuchungsbogen dem Arzt vorliegt

**Familienanamnese:** \_\_\_\_\_

z.B. plötzl. Todesfälle, vererbl. Krankheiten, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit

**Komplikationen während Schwangerschaft u. Geburt, Krankenhausaufenthalte als Kleinkind:**

**Krankenhausbehandlungen, Operationen, schwere Verletzungen, Unfälle, Knochenbrüche (was / wann / wo):**

Hatten Sie jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was/wann): \_\_\_\_\_

Deko-Unfall mit Schmerzen, Gefühlsstörungen, Hautsymptome nach Tauchen, Gasembolie, Panikreaktion, Tiefenrausch, Erschöpfung, extreme Müdigkeit, Barotrauma, Trommelfellriß, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen

## Bisherige Beschwerden und Erkrankungen (was/wann)

### Kopf, Gehirn, Nervensystem:

Schädelhirnverletzung, inkl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, Blackout, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Hexenschuss, irgendetwas sonstigen neurologischen Erkrankungen

### Psyche:

Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen / auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression / depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen, ADS/ADHS, Burnout, Höhenangst, Abhängigkeit von Drogen, Alkohol oder Medikamenten, Behandlungen bei Psychiater / Neurologen

### Augen:

Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, Stärke der Visuskorrektur, erhöhter Augeninnendruck, Laser-OP, gestörtes Farbsehen

### Nase, Nasennebenhöhlen:

häufige Erkältungen, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen

### Ohren:

Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörgerät, Paukenröhrchen, Ohrinfektionen

### Zähne:

Zahnprobleme, Prothesen

### Atmungsorgane:

Tuberkulose, Lungen-/Rippenfell-Entzündung, Asthma, chron. Bronchitis, Pneumothorax, Atemnot bei Anstrengung/kalter Luft, Brustkorb-OP, Blutspucken

### Herz-Kreislauf-System:

Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Operationen, Thrombosen, Embolien

### Verdauungsorgane:

Aufstoßen/Sodbrennen, Magen-/Zwölffingerdarm-Geschwür, Koliken, Bauchwand-/ Leistenbruch, Gallensteine, chron. Darm-Erkr., Neigung zu Durchfällen

### Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, urologische OPs / gynäkologische OPs

### Knochen, Gelenke:

Rheumatisches Fieber, Gelenkentzündungen, Arthrosen, Ischias, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, Knochenbrüche, Bewegungseinschränkungen, Unfallfolgen

### Muskulatur:

angeborene oder erworbene Muskelschwäche, Muskelzerrungen, Sehnenrisse

### Haut:

Hauterkrankungen, Ausschläge, Entzündungen, Pilzkrankungen, allergische Reaktionen

### Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit, Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse / Nebenniere, Gicht, Fettstoffwechselstörungen

## Aktueller Status

Hatten Sie **fiebrhafte Erkrankungen oder sonstige Infektionskrankheiten** in den letzten Monaten? (was/wann):

\_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann):

\_\_\_\_\_

z.B. Krebs-Erkrankungen

Sind Sie aktuell oder waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Untersuchung oder Behandlung? \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol**? (Art/Menge: nie/gelegentlich/regelmäßig): \_\_\_\_\_ **Rauchen** Sie? (Art/Menge): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Medikamente** ? (Drogen, Nahrungsergänzungsmittel; regelmäßig/gelegentlich): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien** (evtl. Medikamenten-Nebenwirkungen)?: \_\_\_\_\_

Frauen: besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? \_\_\_\_\_

Letzte **Röntgenaufnahme** der **Lunge** (wann / wo / weshalb): \_\_\_\_\_

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-Ekg** (wann / wo / weshalb): \_\_\_\_\_

Letzte **Tauchtauglichkeits-Untersuchung** (wann / wo): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Tauchers / des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des untersuchenden Arztes

## Teil B – vom Arzt auszufüllen

Name, Vorname des Untersuchten \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Untersuchungs-Datum \_\_\_\_\_

### Körperliche Untersuchung

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre      **Größe:** \_\_\_\_\_ cm      **Gewicht:** \_\_\_\_\_ Kg      **BMI:** \_\_\_\_\_      **Bauchumfang:** \_\_\_\_\_ cm

**Allgemeinzustand:** \_\_\_\_\_  
Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen, Gewichtsänderung in letzter Zeit

**Haut:** \_\_\_\_\_  
Dermatosen, allergische Erscheinungen, Pilzkrankungen

**Kopf:**  
**- Augen:** \_\_\_\_\_  
Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l (nicht korrigiert / korrigiert), bei Brillenträgern Dioptriezahl

**- Nase, NNH:** \_\_\_\_\_  
unbehinderte Nasenatmung? Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?

**- Ohren:** \_\_\_\_\_  
Gehörgänge, Trommelfellbefunde: Perforation? Atrophe Narbe? Belastbarkeit während Valsalva-Manöver? Tubendurchgängigkeit? Hörvermögen r / l ?

**- Mundhöhle/Tonsillen/Rachenraum:** \_\_\_\_\_  
Zahnstatus, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?

**Hals :** \_\_\_\_\_      **Thorax:** \_\_\_\_\_  
Struma, Lymphknotenvergrößerung, Carotisstenose?      symmetrische Atemexkursion? Thoraxform

**Lunge:** \_\_\_\_\_  
Perkussion und Auskultation

**Herz/Kreislauf:** \_\_\_\_\_  
Perkussion und Auskultation, patholog. Herzgeräusche? Schrittmacher / ICD? periphere Pulse?

**Blutdruck (Oberarm) re:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg, **li:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      **Puls:** \_\_\_\_\_ / min

**Abdomen:** \_\_\_\_\_      **Urogenitaltrakt:** \_\_\_\_\_  
Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien?      Nierenlager-Klopfeschmerz? Harnableitung?

**Bewegungsapparat:** \_\_\_\_\_  
Skoliose? Kyphose? Wirbelsäulenblockierung? Klopfeschmerz der Wirbelsäule? Gelenksinstabilität, Bewegungseinschränkung? Muskulatur? Gang? Stand?

**Neurostatus (Hirnnerven / obere Extremitäten / untere Extremitäten / Sensibilität):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Optomotorik incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik - Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe - Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, verschärfter Romberg (SRT), Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, Tiefensensibilität

**Psyche (Antrieb / Bewusstsein / Orientierung / Vigilanz / Gedächtnis / Konzentration / Stimmung):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie. Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - inkl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom, Aufmerksamkeit / Konzentration, Demenz, Kommunikationsfähigkeit

## Spezielle Untersuchungen

### Lungenfunktion (obligat)

		Istwert	Sollwert	% der Norm
Ruhe-Vitalkapazität	VC			
Forcierte Vitalkapazität	FVC			
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1			
Quotient FEV 1/ FVC	[%]			

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie

### Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: \_\_\_\_\_  
Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom

### Ergometrie/Belastungs-Ekg (symptomlimitiert, ab 40. Lebensjahr obligat)

Belastungsart: \_\_\_\_\_  
Fahrrad-Ergometrie sitzend oder liegend / Laufband / Sollleistung / Belastungsschema

Beurteilung der Ergometrie: \_\_\_\_\_

Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Blutdruck- und HF-Verhalten, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung

Beurteilung des Belastungs-Ekg's: \_\_\_\_\_  
Rhythmusstörungen? Ischämiezeichen?

### Fakultative weitere Untersuchungen, wenn klinisch angezeigt:

#### Rö-Thorax

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Labor

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Herz-Ultraschall

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Tympanometrie

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Audiometrie

Beurteilung: \_\_\_\_\_

#### Sehtests

Beurteilung: \_\_\_\_\_

### Weitere symptombezogene Untersuchungsbefunde

---

---

---

---

---

---

---

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

## Zusammenfassende Beurteilung und Aufklärung

Risikofaktoren / Einschränkungen:

---

---

Aufklärung wurde durchgeführt zu:

---

---

### Mir ist bewusst,

- dass Tauchen stets ein gesundheitliches Risiko birgt und die Feststellung der Tauchtauglichkeit einen Tauchunfall nicht ausschließen kann.
- dass die Beurteilung der Tauchtauglichkeit nur auf Basis der aktuell erhobenen Krankengeschichte und Untersuchungsbefunde erfolgen kann.
- dass zwischenzeitlich auftretende Erkrankungen zur Nicht-Tauglichkeit für das Tauchen führen können und im Zweifelsfall ein tauchmedizinisch qualifizierter Arzt zu kontaktieren ist.

Datum

Unterschrift des Untersuchten / des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Seite 5 von 5

© Copyright GTÜM/ÖGTH 2017



Gesellschaft für Tauch- u. Überdruckmedizin e.V. (Deutschland)  
& Österreichische Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin

**Ärztliches Zeugnis - Tauglichkeit für das Sporttauchen**  
**Certificat Médical - Aptitude à la plongée loisir**  
**Certificado Médico - Aptitud para el buceo deportivo**  
**Medical Certificate - Fitness for Recreational Diving**



Name / name /

Geb.Dat. / d.o.b. / né(e) le

Nom / Nombre: \_\_\_\_\_

/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Oben genannte Person wurde heute gemäß den Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH für die Tauglichkeit zum Sporttauchen untersucht.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTUEM / OEGTH for recreational diving.

La personne désignée ci-dessus a été examinée aujourd'hui selon les recommandations de la GTUEM / OEGTH.

Se ha practicado un examen de aptitud médica a la persona previamente indicada siguiendo las recomendaciones de la GTUEM / OEGTH.



**Tauchtauglich**

**Fit to dive**

**Absence de contre-indication pour la plongée**

**Apto para bucear**



**Tauchtauglich mit Einschränkungen**

**Fit to dive with restrictions**

**Absence de contre-indication avec restrictions**

**Apto para bucear pero con restricciones**

Ergänzung/Einschränkung / Specification  
/Restriction / Especificación de la restricción: \_\_\_\_\_

Nächste Untersuchung / next examination  
/ prochain contrôle médical / próximo examen: \_\_\_\_\_

Ort/Datum / Place/Date / Lieu/Date / Lugar/Fecha: \_\_\_\_\_

Arzt (Unterschrift/Stempel) / Physician (Signature/Stamp)  
/ Médecin (Signature/cachet) / Médico (Firma/Sello): \_\_\_\_\_

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arzt, die Tauglichkeits-Untersuchung gemäß den Empfehlungen von GTÜM / ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt und beurteilt zu haben. Weitere Informationen auf dem Untersuchungsbogen und auf [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org) & [www.oegth.at](http://www.oegth.at).

© Copyright GTÜM/ÖGTH 2017