



## 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

# Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



## Teil 1 – Informationsblatt

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

Tauchen ist ein wunderbarer Sport und vermittelt ein tolles Naturerlebnis. Da gesicherte Daten über die Auswirkungen vom Gerätetauchen auf den kindlichen und jugendlichen Körper im Wachstum nicht vorliegen und wir uns in einem für uns fremden Element befinden, sind besondere Regeln und Grundsätze zu beachten.

### **OBERSTES GEBOT IST DIE SICHERHEIT UND UNVERSEHRTHEIT DER KINDER UND JUGENDLICHEN.**

1. Jede Tauchaktivität soll nur bei positiver eigener Motivation erfolgen. Nur bei völligem körperlichen und seelischem Wohlbefinden darf ein Tauchgang begonnen werden. So kann zum Beispiel schon ein banaler Schnupfen den Druckausgleich im Mittelohr erschweren und dadurch Auslöser für Unfälle werden.
2. Vor Beginn eines Tauchkurses muss eine tauchsportärztliche Untersuchung durch einen tauchmedizinisch qualifizierten Ärztin/Arzt entsprechend den Empfehlungen der nationalen tauchmedizinischen Fachgesellschaft erfolgen. Dies bezieht sich auch auf das Apnoetauchen. Bei dieser Untersuchung werden die Kinder und Jugendlichen hinsichtlich ihrer körperlichen und geistigen Reife für den Tauchsport beurteilt und zusammen mit den Sorgeberechtigten über die tauchspezifischen und individuellen Risiken aufgeklärt. Das Untersuchungsintervall beträgt bis zum 15. Geburtstag in der Regel 1 Jahr. Danach ist ein Intervall von 3 Jahren möglich.
3. Hinsichtlich des erforderlichen Mindestalters liegen derzeit keine gesicherten Erkenntnisse vor. Eine absolute Altersuntergrenze liegt bei 8 Jahren. Übungen im Pool oder in Schwimmbad-ähnlicher Umgebung können mit einem Druckluft-Tauchgerät im Alter von 8-10 Jahren durchgeführt werden. Freiwasser-Tauchgänge sind nach medizinischer Einschätzung nicht vor einem Alter von 10 Jahren zu empfehlen. Es ist immer der individuelle körperliche und geistige Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen zu berücksichtigen. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass eine Eignung auch mit 12 Jahren noch nicht vorliegt.
4. Nur ein auch für diese Altersgruppe qualifizierte/r Ausbilder/in führt die Tauchausbildung durch. Es muss eine altersgerechte Tauchausrüstung zur Verfügung stehen.
5. Bei Anfängern besteht bei Fehlverhalten das Risiko einer Lungenverletzung. Deshalb sollen die ersten Tauchgänge mit Gerät nur im Schwimmbad oder unter Schwimmbad-ähnlichen Bedingungen mit einer geringen Wasser-Tiefe (ca. 1,80m) stattfinden. Dieses gilt auch für das ‚Schnuppertauchen‘.
6. Freiwassertauchgänge mit Kindern sollen nur in einer Gruppe mit mindestens zwei qualifizierten erwachsenen Tauchbegleitern durchgeführt werden (Gewährleistung der Eigen- und Fremddrettung).
7. Für Kinder und Jugendliche können pauschal keine sicheren Zeit-Tiefen-Tauchprofile angegeben werden. Deshalb sind bei Kindern und Jugendlichen nur Nullzeit-Tauchgänge erlaubt. Tauchgänge die eine Spezial-Ausbildung erfordern (z.B. Nachtauchgänge, Höhlentauchen, Strömungstauchen, Eistauchen, etc.) sind nicht kindgerecht und müssen daher unterbleiben. Individuelle Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen, z. B.
  - schnellere Auskühlung (Dauer des Tauchgangs, ausreichender Kälteschutz),
  - kindgerechte Tauchausrüstung (Atemarbeit darf durch Tauchanzug und Ausrüstung nicht wesentlich erhöht werden, Flossengröße ist der Leistungsfähigkeit des Kindes anzupassen)
  - Häufigkeit der Tauchgänge,
  - sonstige individuelle Besonderheiten (z.B. Dauer der Konzentrationsfähigkeit).
8. Vor allem die Fähigkeit zu gruppenspezifischem Verhalten (psychosoziales Verhalten) zeigt sich erst in der Ausbildungssituation beim Tauchen und sind in der tauchsportärztlichen Untersuchung nicht abschließend beurteilbar. Letztendlich entscheidet darüber der/die Tauchausbilder/in vor Ort.



# Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



## Teil 2.1

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

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Schulklasse: \_\_\_\_\_ Kinder-Jugendarzt / Hausarzt: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Letzte Tauchsportärztliche-Untersuchung: \_\_\_\_\_

### Sportliche Betätigung

Wie würdest Du Deine körperliche Fitness einordnen ?

Sehr gut  gut  zufriedenstellend  mäßig  schlecht

Bist Du in einem Sportverein?  Ja  Nein

Welche Sportart? \_\_\_\_\_

Wie oft machst Du Sport ? \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche (ohne Schulsport)

Welches Schwimmbadzeichen hast Du? \_\_\_\_\_

Hast Du schon einen Tauchschein?  Ja  Nein

Welchen? \_\_\_\_\_

Wie viele Tauchgänge? \_\_\_\_\_

Maximale Tiefe: \_\_\_\_\_ m

Hattest Du Probleme oder einen Unfall beim Schwimmen oder beim Tauchen ?  Nein  
(Schwindel, Panikattacke,...)

Warum möchtest Du tauchen? \_\_\_\_\_

### Anamnese / Krankengeschichte

Probleme / Beschwerden / Erkrankungen von :

**Kopf:** (z.B. Gehirnerschütterung, Operationen) \_\_\_\_\_  Nein

**Augen:** (z.B. Brille, Kontaktlinsen, Operationen o.ä.) \_\_\_\_\_  Nein

**Zähne/Kiefer:** (z.B. Zahnklammer, lockere Zähne) \_\_\_\_\_  Nein

**Hals:** (z.B. Polypen- oder Mandeloperation) \_\_\_\_\_  Nein

**Nase:** ( z.B. Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenentzündung) \_\_\_\_\_  Nein

**Ohren:** (z.B. Trommelfellriss, Operationen) \_\_\_\_\_  Nein

**Lunge:** (z.B. Asthma, Lungenriss, Lungenentzündung, Husten beim Sport, Operationen) \_\_\_\_\_  Nein

Wurde ein Röntgenbild der Lunge angefertigt? (warum ?) \_\_\_\_\_  Nein

Benutzt Du ein Inhalations-Gerät? (oder früher) \_\_\_\_\_  Nein

**Herz:** (z.B. Herzschmerzen, Herzstiche, Rhythmusstörung, Bluthochdruck, Operationen) \_\_\_\_\_  Nein

Wurde schon ein EKG abgeleitet? (warum ?) \_\_\_\_\_  Nein



# Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



## Teil 2.2

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

**Nerven, Gehirn:** (z.B. Krampfanfälle, Migräne, Kopfschmerzen, ADHS, Schwindelanfälle, Panikattacken, Depressionen, Ängste, Zwänge, Koordinationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen) \_\_\_\_\_

Nein

Wirst Du leicht Seekrank / wird Dir beim Autofahren übel ?  Ja

Nein

Bauch: (z.B. Operationen, Leistenbruch, Blinddarmentzündung) \_\_\_\_\_

Nein

Rücken: (z.B. Rückenschmerzen, Operationen) \_\_\_\_\_

Nein

Arme und Beine: (z.B. Knieschmerzen, Brüche) \_\_\_\_\_

Nein

Stoffwechsel: (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung) \_\_\_\_\_

Nein

Haut-Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nein

Plötzliche Todesfälle in der Familie (<40Jahre) oder Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

Nein

Hast Du eine Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist: \_\_\_\_\_

Nein

Hattest Du einen schweren Unfall: \_\_\_\_\_

Nein

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

Nein

Wenn ja, was : \_\_\_\_\_

Rauchst Du Zigaretten oder Wasserpfeife?

Nein

Wenn ja, was und wie viel / häufig : \_\_\_\_\_

Nimmst Du Drogen?

Nein

Wenn ja, was und wie häufig : \_\_\_\_\_

Trinkst Du Alkohol?

Nein

Wenn ja, was, wie viel / wie häufig : \_\_\_\_\_

Hattest Du eine Infektion mit dem Corona-Virus (SARS-COV-2) ?

Nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Wurdest Du schon mit einem Schnell-Test  oder PCR-Test

positiv auf COVID-19-Erkrankung getestet?

Nein

Wenn ja, (wann?) \_\_\_\_\_ Welche Symptome hattest Du und welche hast Du immer noch?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



# Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



## Teil 3.1 – Ärztliche Untersuchung

### Allgemeinzustand

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg = \_\_\_\_\_ Percentile,  
Größe: \_\_\_\_\_ cm = \_\_\_\_\_ Percentile,  
BMI: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Percentile.  
Blutdruck rechter Arm: \_\_\_\_\_ mmHg \_\_\_\_\_ HF \_\_\_\_\_ Schl./Min.

Datum: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_

Normalbefund  Auffällige Befunde

### Liegen

#### AUSKULTATION:

**Herz:** regelm. Herzaktion, kein path. Herzgeräusch, Herztöne normal

**Lunge:** Normale Atmung, kein auffälligen Atemgeräusch bds.

**Abdomen:** Keine auffälligen Darm oder Strömungsgeräusche

#### PALPATION:

**Abdomen:** weiche BD, keine Hepatosplenomegalie, keine Resistenzen.

**Pulse:** allseits (A.radialis, A.femoralis) tastbar, regelmäßig, keine Differenzen

#### INSPEKTION:

Thorax-Form, Haut, Erytheme, Naevi, Pubertätsstadium  
(nach Tanner: B 2-3-4-5, PH 2-3-4-5). Alle Befunde altersentsprechend.

#### NEUROLOGISCH:

MER (BSR, ASR, BHR) auslösbar, Muskel-Tonus: unauffällig

#### ORTHOPÄDISCH:

Hüfte, Knie, Patella frei beweglich, kein Schmerz

Kästchen = keine Auffälligkeiten, freier Text für Kommentare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sitzen

#### INSPEKTION- HNO BEREICH:

**TF:** Inspektion bds., evtl. mit Valsalva, spiegelnd, keine Einziehungen

**Rachen:** Keine Rötung, Zähne saniert, Zahnsperre(?), Zunge, Uvula  
sym. Reaktion.

#### PALPATION- HNO BEREICH:

**Hals:** Keine LK tastbar, keine Struma. Kopfbeweglichkeit normal.

#### NEUROLOGISCH:

PSR (evtl. verstärken durch Hände ziehen) bds. auslösbar.

Knie-Ferse-Versuch re. und li., Augen-Motilität, Pupillen-Reaktion auf Licht,

Finger-Nase-Versuch oder Finger-zu-Finger, Fingertreppe.

Kopf-Nervenaustrittspunkte bds. ohne Klopfschmerz

Alle Befunde unauffällig.

#### AUSKULTATION:

Lunge bds. ohne path. Befund. Evtl. Perkussion oB.

#### PALPATION:

Nieren kein Klopfschmerz, Wirbelsäule kein Klopfschmerz.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Stehen

#### INSPEKTION:

Keine Schulter-Asymmetrie. Vorbeuge-Test: unauffällig. Wirbelsäule o.B.

\_\_\_\_\_

### Aktivität / Neurologie

Einbeinstand, Hüpfen auf einem Bein, aus der Hocke, Strichgang, vorw./rückw.

„Hampelmann“, Grobe Kraft. Zahlen-Sprach-Flüster-Test.

Romberg-Test 60 s mit Unterberger-Tretversuch. Evtl. 60s verschärfter

Romberg-Test mit vor der Brust verschränkten Armen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alle Untersuchungen unauffällig.**

\_\_\_\_\_

#### KOOPERATION

Erfüllt Aufforderungen, ist kooperativ,

versteh Anweisungen. Altersentsprechend.

\_\_\_\_\_



# Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



## Teil 3.2 – Ärztliche Untersuchung

### Allgemeinzustand

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg = \_\_\_\_\_ Percentile,  
 Größe: \_\_\_\_\_ cm = \_\_\_\_\_ Percentile,  
 BMI: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Percentile.  
 Blutdruck rechter Arm: \_\_\_\_\_ mmHg \_\_\_\_\_ HF \_\_\_\_\_ Schl./Min.

Datum: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb.: \_\_\_\_\_

Normalbefund                   Auffällige Befunde

### Spezielle Diagnostik (erforderlich):

#### Lungenfunktion (siehe Befund)

Normalbefund                   Auffälliger Befund  \_\_\_\_\_

#### Ruhe-EKG (siehe Befund)

Normalbefund                   Auffälliger Befund  \_\_\_\_\_

### Ergänzende Untersuchungen (nicht zwingend erforderlich):

Tympanometrie :      Normalbefund   
                                     auffällig   
 Ergometrie:          Normalbefund   
                                     auffällig   
 Röntgen-Thorax:      Normalbefund   
                                     auffällig   
 Labor-Untersuchungen: unauffällig   
                                     auffällig

### Zusammenfassung der tauchsportärztlichen Untersuchung:

- Es bestehen keine Einwände gegen die Ausübung von Tauchsport bei Berücksichtigung altersentsprechender Regeln.
  - Einschränkungen bei der Ausübung des Tauchsports wegen Risikofaktoren: \_\_\_\_\_
  - Ergänzende ärztliche Untersuchungen erforderlich:
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt                 | <input type="checkbox"/> Kinder-Jugend-Pneumologe | <input type="checkbox"/> Kinder-Jugend-Kardiologe | <input type="checkbox"/> Neuro-Pädiater |
| <input type="checkbox"/> Kinder-Jugend-Psychiater | <input type="checkbox"/> Psychologe               | <input type="checkbox"/> Zahnarzt                 |   |
- Keine Ausübung des Tauchsports zur Zeit möglich. Nachuntersuchung in \_\_\_\_\_
  - Aufgrund von Kontra-Indikationen kein Tauchsport möglich.



# Tauchsportärztliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen



## Teil 4

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

### Zusammenfassung der tauchsportärztlichen Untersuchung:

Es bestehen keine Einwände gegen die Ausübung von Tauchsport bei Berücksichtigung altersentsprechender Regeln.

Einschränkungen bei der Ausübung des Tauchsports wegen Risikofaktoren: \_\_\_\_\_

Ergänzende ärztliche Untersuchungen erforderlich:

HNO-Arzt

Kinder-Jugend-Pneumologe

Kinder-Jugend-Kardiologe

Neuro-Pädiater

Kinder-Jugend-Psychiater

Psychologe

Zahnarzt

Keine Ausübung des Tauchsports zur Zeit möglich. Nachuntersuchung in \_\_\_\_\_

Aufgrund von Kontra-Indikationen kein Tauchsport möglich.

Das Untersuchungs-Intervall kann individuell angepasst werden. In der Regel gilt bis zum 15. Geburtstag ein Intervall von 1 Jahr. Ab dem 15. Geburtstag gilt (bis zum 40. Geburtstag) ein Intervall von maximal 3 Jahren.

Nächste Untersuchung: \_\_\_\_\_ Monat, \_\_\_\_\_ Jahr

\_\_\_\_\_ wurde (ggf. zusammen mit der/dem Sorgeberechtigten) über mögliche lebenslange Schäden durch Tauchunfälle informiert. Das Informationsblatt wurde mitgegeben.

### Mir ist bewusst / ich bestätige

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 die Tauchtauglichkeit vorzeitig erlöschen kann.

dass nur im gesunden Zustand getaucht werden soll.

dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß gemacht wurden.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kind/Jugendliche(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)



Die Untersuchung wurde entsprechend den Empfehlungen der GTÜM e.V. durchgeführt.

Unterschrift (Untersucher/in): \_\_\_\_\_

Medizinische Vorsorgeuntersuchung von Sporttauchern nach den Empfehlungen der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaft unter [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org). Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“ und „Moderne Tauchmedizin im Kindes-Jugendalter“ (jeweils Gentner-Verlag).



## Gesellschaft für Tauch- u. Überdruckmedizin e.V. (Deutschland)

Ärztliches Zeugnis – Tauglichkeit für das Sporttauchen  
Medical Certificate – Fitness for Recreational Diving  
Certificat Médical – Absence de contre-indication à la plongée loisir  
Certificado Médico – Aptitud para el buceo deportivo

Name /  
name / Nom / Nombre:

Geb.Dat.

d.o.b. / né(e) le / Fecha de nacimiento:

**Tauchtauglich** / Fit to dive / Apte à la plongée / Apto para bucear

**Tauchtauglich mit Einschränkungen** / Fit to dive with restrictions / Apte à la plongée avec restrictions / Apto para bucear con restricciones

**max. Tiefe:**  m  
maximum depth  
profondeur maximale  
profundidad máxima

**max. Tauchzeit:**  min  
maximum diving time  
durée maximale  
duración máxima de inmersión

**Wiederholungstauchgänge:**  nein / none  
repetitive dives  
plongées successives  
inmersiones sucesivas

**Einschränkung** / Specification /  
Restriction / Especificación de la restricción:

**maximal gültig bis** / latest expiration date /  
Date de validité maximale / Válido a más tardar hasta:

**Ort / Datum** / Place/Date / Lieu/Date / Lugar/Fecha:

**Arzt (Unterschrift)** /

Physician (Signature) / Médecin (Signature) / Médico (Firma): \_\_\_\_\_

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arzt, die Tauglichkeits-Untersuchung gemäß den Empfehlungen der GTÜM in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt und beurteilt zu haben.

Weitere Informationen auf dem Untersuchungsbogen und auf [www.gtuem.org](http://www.gtuem.org)

© Copyright GTÜM 2021

Stempel / Stamp/ Cachet / Sello