



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 und 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, irgendwelche 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 & www.oegth.at.

© Copyright GTÜM/ÖGTH 2017