



# Verband Deutscher Sporttaucher e.V.

Berliner Str. 312 – 63067 Offenbach  
 Tel.: 069-981902-5 – Fax: 069-981902-98  
 Internet: [www.vdst.de](http://www.vdst.de) eMail: [info@vdst.de](mailto:info@vdst.de)



## Tauglichkeits-Untersuchung für Sporttaucher

nach den Richtlinien der GESELLSCHAFT für TAUCH- und ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.,  
 ergänzende Erläuterungen in den Richtlinien, erhältlich über das Sekretariat der [GTÜM e.V.](http://www.gtum.de)

Untersuchender Arzt

Adresse / Stempel: \_\_\_\_\_

### PERSONALIEN:

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

Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon, Fax, (dienstl. / privat): \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten sie jemals einen Zwischenfall beim Tauchen oder einen Tauchunfall? (Datum/Art):

(z.B.: Dekompressionsunfall, Luftembolie, Barotrauma, Trommelfellriss, Schwindel oder häufiger Kopfschmerz beim Tauchen)

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

Tauchverfahren (Art und Häufigkeit):

(z.B.: Rebreather- oder Mischgastauchen, Höhlen- und Wracktauchgänge, Tätigkeit als Tauchausbilder)

Sonstige sportliche Betätigung (was / wie oft): \_\_\_\_\_

Teil A: \_\_\_\_\_

### KRANKENVORGESCHICHTE

☐ **GESAMTE** Vorgeschichte

oder

☐ **ERGÄNZUNGEN** seit letzter Untersuchung vom: \_\_\_\_\_

(Nur möglich, wenn der Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt!)

Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle? (was / wann):

---



---



---



---

**Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen (was / wann):****- KOPF, GEHIRN, NERVENSYSTEM:**


---

(Schädelhirnverletzungen, inkl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbago, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen)

**- Psyche:**


---

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacken, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

**- Augen:**


---

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen, erhöhter Augeninnendruck)

**- Nase, Nasennebenhöhlen:**


---

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

**- Ohren:**


---

(Mittelohrentzündung, Gehörgangentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

**- Atmungsorgane:**


---

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot und / oder Husten durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)

**- Herz – Kreislauf – System:**


---

(Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

**- Verdauungsorgane:**


---

(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche)

**- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:**


---

(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine)

**- Haut, Knochen, Gelenke:**


---

(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen, angeborene oder erworbene Muskelschwäche)

**- Stoffwechsel:**


---

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Zuckerkrankheit)

**- bei Frauen: Schwangerschaft?** \_\_\_\_\_

Hatten sie **fiieberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was / wann)

---

Hatten oder haben sie sonstige **Krankheiten, Fehler** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?

(was / wann): \_\_\_\_\_

Wie viel **Alkohol** trinken Sie? (Art/ Menge): \_\_\_\_\_ **Rauchen** sie? (Art/ Menge): \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen sie? (Art/ Menge): \_\_\_\_\_

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

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-EKG?** (wo / wann): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschriften, Proband: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

---

Teil B: \_\_\_\_\_

**Körperliche Untersuchung**

Alter: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Größe: \_\_\_\_\_ (cm)

Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

**Allgemeinzustand:**

(Ernährungszustand, Ödeme, Missbildungen, Amputationen)

**Haut:**

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

**Kopf: - Augen:**(Pupillenreaktion, Sehschärfe r/l, Brillenträger Dioptriezahl, eine Augenärztliche Untersuchung ist sinnvoll, wenn: a) binokulare Sehleistung < 0,7, b) Alter > 50 Jahre, c) Alter > 40 Jahre und Hyperopie, d) Glaukom bekannt oder vermutet, e) Z. n. Augen-OP)**- Nase, Nasennebenhöhlen:**

(unbehinderte Nasenatmung, Anhalt für purulente oder allergische Rhinitis / Sinusitis?)

**- Ohren:**

(Gehörgänge, Trommelfellbefund: Perforation? Atrophische Narbe – Belastbarkeit während Valsalva - Manöver? Tubendurchgängigkeit? – Hörvermögen r/l?)

**- Mundhöhle, Tonsillen / Rachenraum:**

(Barotraumagefahr bei massiver Karies und schlechten Zahnfüllungen, chron. Tonsillitis? Pharyngitis?)

**Hals:**

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über den Carotiden – Carotisstenose?)

**Thorax:**

(symmetrische Atemexkursion? Die inspiratorische – expiratorische Umfangdifferenz in Höhe der Mamillen sollte 5 cm nicht unterschreiten.)

**Lunge:**

(Perkussion und Auskultation)

**Herz / Kreislauf:**

(Perkussion und Auskultation, pathologische Herzgeräusche bedürfen kardiologischer Abklärung, RR / Puls)

**Abdomen:**

(Leber- oder Milzvergrößerung? pathologische Resistenzen? Hernien)

**Urogenitaltrakt:**

(Nierenlager – Klopfschmerz)

**Bewegungsapparat:**

(Skoliose? Wirbelsäulenblockierung – HWS, LWS? Klopfschmerz der Wirbelsäule, Blockierung von Extremitätengelenken)

**ZNS / peripheres Nervensystem:**

(Optomotorik inkl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik, Atrophien, Paresen, Reflexstatus, pathologische Reflexe, Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität – halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen, neurologische Ausfälle bedürfen einer fachärztlichen Untersuchung)

**Psyche:**

(Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie, Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit inkl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage – gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom)

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

\_\_\_\_\_


**GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.**
**Verband Deutscher Sporttaucher e.V.**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| Ärztliches Zeugnis:  | Tauglichkeit für das Sporttauchen     |
| Certificat Médical:  | Aptitude a la Plongée sportive        |
| Certificado Medico:  | Aptitud para el buceo deportivo       |
| Medical Certificate: | Fitness for Recreational Scuba Diving |



NAME / NOM / NOME / NAME

Obengenannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der GTÜM für die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la GTÜM. Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

Se ha practicado un examen médico de aptitud a la persona arriba indicada, de acuerdo con las recomendaciones de la GTÜM. y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTÜM for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES / LIMITATIONS**
**NACHUNTERSUCHUNGEN / EXAMEN ULTÉRIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION**

ORT / DATUM \* LIEU / DATE \* LUGAR / FECHA \* PLACE / DATE

ARZT (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDICIN (SIGNATURE, TIMBRE)

MEDICO (FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)

✂


**GESELLSCHAFT FÜR TAUCH- UND ÜBERDRUCKMEDIZIN e.V.**
**Verband Deutscher Sporttaucher e.V.**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| Ärztliches Zeugnis:  | Tauglichkeit für das Sporttauchen     |
| Certificat Médical:  | Aptitude a la Plongée sportive        |
| Certificado Medico:  | Aptitud para el buceo deportivo       |
| Medical Certificate: | Fitness for Recreational Scuba Diving |



NAME / NOM / NOME / NAME

Obengenannte Person ist heute gemäss den Richtlinien der GTÜM für die Tauglichkeit zum Gerätetauchen untersucht worden. Aufgrund der Untersuchung liegen keine Hinweise auf Leiden vor, welche eine absolute Kontraindikation darstellen.

La personne susmentionnée a subi aujourd'hui un examen médical pratiqué selon les recommandations de la GTÜM. Cet examen n'a pas mis en évidence de contre-indication absolue à la pratique de la plongée en scaphandre autonome.

Se ha practicado un examen médico de aptitud a la persona arriba indicada, de acuerdo con las recomendaciones de la GTÜM, y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la buceo deportivo con escafandra autónoma.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the GTÜM for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES / LIMITATIONS**
**NACHUNTERSUCHUNGEN / EXAMEN ULTÉRIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION**

ORT / DATUM \* LIEU / DATE \* LUGAR / FECHA \* PLACE / DATE

ARZT (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDICIN (SIGNATURE, TIMBRE)

MEDICO (FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)

Anmerkung: Der Vordruck kann über die Homepage der Gesellschaft für Tauch- und Überdruck Medizin e.V. ([www.gtuem.org](http://www.gtuem.org)) in der jeweils gültigen Fassung oder beim Verband Deutscher Sporttaucher e.V. ([www.vdst.de](http://www.vdst.de)) downgeloadet werden. Für Kinder und Jugendliche lesen Sie bitte das Begleitschreiben vom [Verband Deutscher Sporttaucher e.V.](http://www.vdst.de) durch und gebt dieses im Vorfeld dem untersuchenden Arzt.



# MERKBLATT FÜR ÄRZTE UND ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Die Tauchausbildung für Kinder und Jugendliche verfolgt eine Reihe von Zielen: Motivation zur Bewegung im Wasser, Vertrautmachen mit dem Medium Wasser, Erlernen wichtiger Handlungs- und Bewegungsabläufe zum sicheren Sporttauchen, Verbesserung der Selbsteinschätzung und Kennenlernen der Unterwasserwelt.

Unter qualifizierter Anleitung wird das Sporttauchen dem Alter und dem Leistungsvermögen des Kindes und des Jugendlichen angemessen im Schwimmbad und im Freiwasser unter schwimmbadähnlichen Bedingungen vermittelt. Der Schwerpunkt der Tauchausbildung in den Tauchvereinen des VDST liegt in einer umfassenden Ausbildung im Umgang mit der ABC-Ausrüstung (Schnorchel, Maske, Flossen). Aus diesen Fertigkeiten wird das Tauchen mit einem Atemgerät entwickelt. Erst wenn hier eine ausreichende Handlungssicherheit erreicht wird, werden die Ausbilder dem Tauchschüler Tauchgänge im Freigewässer in zunächst geringen Tiefen bis 3m anbieten. Eine Steigerung ist je nach Alter und Ausbildungsstand bis 12 m vorgesehen, setzt aber in jedem Fall günstige, dem Schwimmbad vergleichbare Bedingungen voraus.

Aus medizinischer Sicht ist das Tauchen unter den oben beschriebenen Bedingungen für ein gesundes Kind oder Jugendlichen nicht gefährlicher als andere Aktivitäten im Schwimmbad. Dennoch sollte beim Gerätetauchen eine Tauchtauglichkeitsuntersuchung sicherstellen, dass keine Erkrankungen vorliegen, die das Tauchen zur Gefahr werden lassen. Damit kann auch der Tauchschüler vor einer großen Enttäuschung bewahrt werden, wenn sich erst später herausstellt, dass er nicht zum Tauchen geeignet ist. Grundsätzlich sind die gleichen Untersuchungsschritte wie bei den Erwachsenen durchzuführen, jedoch sind die Entwicklungsmerkmale der Heranwachsenden zu beachten. Dieses gilt in besonderem Maße für den Halte- und Stützapparat.

Zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde ist der Untersuchungsbogen des VDST für die Tauchtauglichkeitsuntersuchung von Erwachsenen zu verwenden. Auf Ergometrie und Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane kann bei Kindern verzichtet werden, wenn keine Indikationen dafür vorliegen. Die tauchsportärztliche Untersuchung sollte bis zum 18. Lebensjahr jährlich durchgeführt werden.

Der beratende Arzt sollte die Erziehungsberechtigten auf folgende besondere Risiken hinweisen:

- Akute Erkrankungen, besonders der Atemwege und im HNO-Bereich, und Unwohlsein sind Kontraindikationen für das Tauchen. Im Zweifelsfalle muss unbedingt ärztlicher Rat eingeholt werden.
- Taucherische Aktivitäten der Kinder und Jugendlichen müssen unter Anleitung qualifizierter Erwachsener erfolgen.
- Die Tauchschüler sollten ermutigt werden, sich bei eigenen Zweifeln auch gegen das Tauchen zu entscheiden.
- Tauchtiefen sind nur moderat zu steigern und dürfen auf keinen Fall 12m überschreiten.
- Das Tragen der Ausrüstung außerhalb des Wassers ist zu vermeiden. Das Anlegen der Ausrüstung sollte unmittelbar am Gewässereinstieg erfolgen.
- Fragen und Probleme sollten unbedingt mit dem Ausbilder besprochen werden.
- Absolute Kontraindikationen sind geringe körperliche Leistungsfähigkeit und ungenügende geistige Reife. Kinder unter 5 Jahren sollten vom Gerätetauchen ausgeschlossen werden. Empfehlenswert ist eine untere Altersgrenze von 8 Jahren.

Das Untersuchungsintervall ist vom Lebensalter abhängig.

Der VDST empfiehlt die Untersuchung:

- **spätestens nach 1 Jahr, wenn Sie unter 18 Jahre alt sind**
- **spätestens nach 3 Jahren, wenn Sie zwischen 18 und 39 Jahre alt sind**
- **spätestens nach 1 Jahr, wenn Sie 40 Jahre oder älter sind**

Wir weisen jedoch darauf hin, dass unabhängig von unserer oben lesbaren Verbandsempfehlung in vielen Ländern / von vielen Tauchbasen auch kürzere Untersuchungsintervalle (Beispielsweise auch einjährige) verlangt werden.