

		Nein	Ja	Bemerkungen zu diesem Punkt
Herz-Kreislauf	Herzerkrankungen, -fehler, Herzmuskelentzündung			
	Auffälligkeiten bei Blutuntersuchungen, Thrombosen			
	Auffälligkeiten bei einem EKG (Herzstromkurve)			
	Durchblutungsstörungen, Venenerkrankungen			
	bekannter, zu hohen Blutdruck			
	rheumatisches Fieber			
Lunge	Brustbeklemmung oder Kurzatmigkeit bei Belastung			
	Bronchitis oder Lungenentzündung			
	Rippenfellentzündung, starke Brustschmerzen			
	Husten mit Eiter oder Blut			
	chronischer oder dauerhafter Husten			
	Tuberkulose, andere Lungenerkrankungen, Tumore			
	Pneumothorax (zusammengefallene Lunge)			
	Asthma oder Lungenpfeifen			
	Benutzen Sie ein Inhalationsspray?			
	andere Beschwerden des Brustkorbes			
Innere Organe	Operationen an Brustkorb, Lungen oder Herzen			
	Magenverstimmung, -geschwüre, Sodbrennen			
	Bluterbrechen, Blut im Stuhlgang			
	häufiger Erbrechen oder Durchfall			
	Gelbsucht, Leberentzündung oder Lebererkrankung			
	Malaria oder andere tropische Erkrankungen			
	in den letzten Monaten starken Gewichtsverlust			
	Hernien oder Brüche (z.B. in der Leiste)			
	Nieren- oder Blasenerkrankungen (Zystitis)			
Skelett	größere Gelenk- oder Rückenverletzungen			
	Einschränkungen der Beweglichkeit			
	Frakturen (gebrochene Knochen)			
	Lähmungen oder Muskelschwächen			
sonstiges	andere chronische Erkrankungen			
	Allergien, besondere Empfindlichkeiten			
	Diabetes (Zuckerkrankheit, andere Stoffwechselprobleme (z.B. Schilddrüse)			
	Bluterkrankungen oder Blutungsprobleme			
	Hauterkrankungen			
	ansteckende Erkrankungen			
	bisher durchgeführte Operationen			
	im Krankenhaus aus irgendeinem Grund			
	regelmäßig Medikamenteneinnahme			welche:
	Alkohol- oder Drogeneinnahme			was / wieviel:

<input type="checkbox"/>	Sind Sie derzeit krank geschrieben?			
<input type="checkbox"/>	Haben Sie Behinderungen / sind Sie schwerbehindert ?			
<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?			
<input type="checkbox"/>	Haben Sie andere Erkrankungen oder Verletzungen oder andere, oben nicht genannte, medizinische Besonderheiten?			
Haben irgendwelche Blutsverwandte (gehabt)				
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Asthma oder Lungenerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Tuberkulose			
Nur für Frauen				
<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger oder planen Sie dieses?			
<input type="checkbox"/>	Bestehen während Ihrer Periode Einschränkungen?			
Röntgen				
<input type="checkbox"/>	Datum des letzten Lungen-Röntgen: ca. durchgeführt bei:			
<input type="checkbox"/>	hierbei festgestellte und ihnen bekannte Befunde:			

Ich habe verstanden, daß die Empfehlungen, die der untersuchende Arzt hier abgeben soll, zum Teil erheblich auf den von mir gegebenen Auskünften zu meiner Krankheitsgeschichte beruhen.

Ich stimme zu, daß ich alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Tauchsport, inklusive solcher Risiken, die durch meine bestehenden Erkrankungen oder Änderungen meines Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen gegenüber dem untersuchenden Arzt bedingt sind, selber übernehme.

Ich bestätige, daß die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich autorisiere den untersuchenden Arzt, medizinische Informationen über mich bei anderen Ärzten anzufordern, wenn dies aus medizinischer Sicht für mich notwendig und in meinem Interesse sein sollte.

Datum: Unterschrift Kandidat: Unterschrift des Arztes: