

Medizinischer Fragebogen

für Schnuppertauchen / Probetraining Freitauchen (Apnoetauchen)

Bitte vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen. Dieser Fragenbogen dient der Selbstauskunft und Vorsortierung. Bei einem „Ja“, bei Unsicherheit oder bei Auffälligkeiten entscheidet die Übungsleiter:in: keine Teilnahme bis zur ärztlichen Freigabe. Dieser Bogen ersetzt keine tauchmedizinische Untersuchung.

1. Teilnehmer- und Kursdaten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Adresse		Telefon	
E-Mail		Notfallkontakt	
Beziehung / Telefon Notfallkontakt		Kursdatum / Ort	
Kursformat	☐ Pool / begrenztes Freiwasser ☐ Freiwasser	Instructor / Center	

2. Hinweise vor dem Ausfüllen

- Wenn Sie eine Frage nicht sicher mit „Nein“ beantworten können, markieren Sie bitte „Ja“ oder erläutern Sie den Sachverhalt.
- Freitauchen/Apnoetauchen ist eine anspruchsvolle Aktivität im Wasser. Risiken können durch Vorerkrankungen, akute Beschwerden oder unzutreffende Angaben deutlich steigen.
- Bei jeder Veränderung Ihres Gesundheitszustands zwischen Ausfüllen und Kursbeginn müssen Sie die Übungsleiter:in vor Kursstart informieren.
- Für Minderjährige ist zusätzlich die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person erforderlich.

3. Aktuelle Teilnahmevoraussetzungen / Tagesform

Wenn eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet wird, findet heute keine Wasserteilnahme statt:

Nr.	Angabe	Ja / Nein	Folge
1	Ich habe heute Fieber, eine akute Infektion oder fühle mich deutlich krank.	☐ Ja ☐ Nein	Kein Training heute.
2	Ich habe aktuell Erkältung, verstopfte Nase, Ohrenschmerzen, Druckgefühl in Ohren/Nebenhöhlen oder Probleme beim Druckausgleich.	☐ Ja ☐ Nein	Kein Training heute.
3	Ich habe aktuell Husten, Atemnot, Brustschmerzen oder pfeifende Atmung.	☐ Ja ☐ Nein	Kein Training heute.
4	Ich hatte in den letzten Wochen einen Tauchunfall, Blackout/Loss of Motor Control, Lungen-, Ohr- oder Nebenhöhlen-Barotrauma oder eine ungeklärte Ohnmacht.	☐ Ja ☐ Nein	Vorher ärztlich klären.
5	Ich bin schwanger, vermute eine Schwangerschaft oder plane aktuell eine Schwangerschaft.	☐ Ja ☐ Nein	Kein Training heute.
6	Ich habe in den letzten 24 Stunden Alkohol, Drogen oder leistungs-/reaktionsbeeinträchtigende Medikamente konsumiert.	☐ Ja ☐ Nein	Kein Training heute.

4. Medizinische Vorgeschichte

Bitte alle Punkte beantworten. Bei „Ja“ oder Unsicherheit bitte kurz erläutern und vor Teilnahme ärztlich abklären.

Selbstauskunft

Nr.	Frage / medizinische Angabe	Ja / Nein	Bemerkungen / Details
1	Neurologische Erkrankungen oder Ereignisse, insbesondere Epilepsie/Anfälle/Krämpfe, Schlaganfall, Hirnoperation, wiederholte Ohnmachten/Blackouts, starke Migräne, anhaltende neurologische Erkrankung oder Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust.	☐ Ja ☐ Nein	
2	Psychische oder Verhaltensstörungen, z. B. unbehandelte Angst-/Panikstörung, schwere Depression, bipolare Störung, Suchterkrankung oder andere Erkrankungen, die Urteilsvermögen, Selbstkontrolle oder Stressverarbeitung im Wasser beeinträchtigen können.	☐ Ja ☐ Nein	
3	Herz-Kreislauf- oder Bluterkrankungen, z. B. Herzinfarkt, Herzoperation, Rhythmusstörung, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, auffällige Belastungssymptome oder Einnahme von Herz-/Kreislaufmedikamenten.	☐ Ja ☐ Nein	
4	Lungen- oder Atemwegserkrankungen, z. B. Asthma, pfeifende Atmung, spontane Luftbrust (Pneumothorax), Emphysem, chronische Bronchitis, relevante Allergien mit Atemwegsbeteiligung, wiederkehrende Atemnot oder andere Erkrankungen, die das freie Atmen beeinträchtigen.	☐ Ja ☐ Nein	
5	Erkrankungen oder Operationen an Ohren, Nebenhöhlen, Nase oder Augen, z. B. Trommelfellverletzung, Hörverlust, Schwindel/Gleichgewichtsstörung, wiederkehrende Sinusitis, Polypen/Zysten, größere Ohr-/Sinus-OP oder aktuelle/rezente Augen-OP.	☐ Ja ☐ Nein	
6	Diabetes mellitus oder andere Stoffwechsel-/Hormonerkrankungen, insbesondere wenn Medikamente/Insulin erforderlich sind oder Unterzuckerungen auftreten können.	☐ Ja ☐ Nein	
7	Bauch-, Magen-, Darm-, Hernien- oder Rückenprobleme, die Belastung, Druckausgleich, sichere Wasserlage oder Rettungssituationen erschweren können; dazu gehören auch unbehandelte Geschwüre, Reflux/GERD oder entzündliche Darmerkrankungen.	☐ Ja ☐ Nein	
8	Operation innerhalb der letzten 12 Monate oder noch bestehende Beschwerden/Funktionseinschränkungen nach einer früheren Operation.	☐ Ja ☐ Nein	
9	Regelmäßige Einnahme von verschreibungspflichtigen oder frei verkäuflichen Medikamenten, die Aufmerksamkeit, Reaktionsfähigkeit, Atmung, Herz-Kreislauf-System oder Druckausgleich beeinflussen können.	☐ Ja ☐ Nein	
10	Frühere Tauchprobleme oder Tauchsportunfälle, z. B. Dekompressionskrankheit, Lungenquetschung/Lung Squeeze, Lungen-, Ohr- oder Nebenhöhlen-Barotrauma, Blackout oder Loss of Motor Control.	☐ Ja ☐ Nein	
11	Ich kann mäßige körperliche Belastung derzeit nicht sicher ausführen (z. B. zügiges Gehen, 100–200 m Schwimmen ohne Pause) oder war in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen dazu nicht in der Lage.	☐ Ja ☐ Nein	
12	Sonstige körperliche oder emotionale Erkrankung/Besonderheit, die meine Sicherheit oder die Sicherheit anderer im Freitauchtraining beeinträchtigen könnte.	☐ Ja ☐ Nein	

5. Erklärung der teilnehmenden Person

- Ich bestätige, dass ich alle Angaben vollständig und nach bestem Wissen richtig gemacht habe.
- Mir ist bekannt, dass falsche, unvollständige oder verschwiegene Angaben meine eigene Sicherheit und die Sicherheit anderer gefährden können.
- Ich informiere die Übungsleiter:in unverzüglich über jede gesundheitliche Veränderung vor oder während des Probetrainings.
- Mir ist bekannt, dass die Übungsleiter:in eine Teilnahme jederzeit aus Sicherheitsgründen ablehnen oder abbrechen darf.

Teilnehmer/in

Bei Minderjährigen: Sorgeberechtigte Person

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

Ärztliche Freigabe (nur auszufüllen, wenn erforderlich)

auszufüllen bei mindestens einem „Ja“, bei Unsicherheit oder auf Verlangen der Übungsleiter:in

Eine Teilnahme an Wasserübungen ist nur zulässig, wenn eine Ärztin / ein Arzt keine aus ihrer / seiner Sicht mit dem Freitauchen unvereinbaren medizinischen Gründe feststellt.

6. Ärztliche Beurteilung

Name der untersuchten Person		Geburtsdatum	
Ärztin / Arzt		Fachrichtung	
Praxis / Klinik		Telefon / E-Mail	

Beurteilung: ☐ Es bestehen keine medizinischen Bedenken gegen ein beaufsichtigtes Schnupper- oder Probetraining im Freitauchen/Apnoetauchen.

☐ Teilnahme derzeit nicht empfohlen / nicht freigegeben.

☐ Teilnahme nur unter folgenden Auflagen / Einschränkungen:

Auflagen / Hinweise

Ärztin / Arzt

Stempel / Praxisangaben

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift