









Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf "Tauchen" auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus. Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja □ Kasten A	Nein 🗆
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja □ Kasten B	Nein 🗆
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja □*	Nein 🗆
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja □ Kasten C	Nein 🗆
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja □*	Nein □
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja □ Kasten D	Nein □
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lernbehinderung diagnostiziert.	Ja □ Kasten E	Nein □
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja □ Kasten F	Nein □
9	lch habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja □ Kasten G	Nein □
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja □*	Nein 🗆

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Name (Druckschrift) Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)	Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)		Datum(TT/MM/JJJJ)
Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)		Tailnahmar Nama (Drugkschrift)	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Geburtsdatum (dd/mm/yyyy)

1 of 3 © 2020

^{*} Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben, lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung) zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

Trorauchinurgis, Harschinurgia, Herschinurgia, Herschinurgia, Stentina, Kauthen, schware Altergian, Herschinungia, Color Stentina, Kauthen, schware Altergian, Herschinungia coder verstoofte Altermage interhal de festers 12 Monate, de mains körperliche Aktivität. Ja Nein Citating canadratina, de main Harz betritt, wie z. Br. Anglina poetoris. Brussphrimaria bet Anstrengung, Hersfristafficiers, Immeritätis, des Stentina, de mein Harz betritt, wie z. Br. Anglina poetoris. Brussphrimaria bet Anstrengung, Hersfristafficiers, Immeritätis, des Stentina, de meine Harz betritt, wie z. Br. Anglina poetoris. Brussphrimaria bet Anstrengung, Hersfristafficiers, Immeritätis, des Stentina, de meine Medikariamete gegen eine Herschrintardung ein. Wiederholt Brunchlie und dezeich Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostischt. Ja Nein Citation Color of the Stentina Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete). Ja Nein Citation Color of the Medikariamete (Chitation Color of the Medikariamete			
Astron K. Activente, ochwere Allorgian, Heuschmupten oder verstoptte Atenwage innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Advivativ Ja Nein C. Fin Pobliem oder eine Kranftul, die mein Herz betrillt wie "B. "Angina pectora. Brusschmarzen bei Anstengung, Herzheufflören, Immer- Ja Nein C. Wiedenrott Bronothills und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert. Ja Nein C. Wiedenrott Bronothills und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert. Ja Nein C. Nein C. Wiedenrott Brunchtelle und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert. Ja Nein C. KASTEN B - Ich Biln UGER as JAHRE ALT UND. Derzeit Husche oder inhelser ich Nikolin mit anderen Mitteln. Ja Nein C. Nein habe einen höhere Ordosterrinaspiel. Ja Nein C. Nein habe einen höhere Ordosterrinaspiel. Ja Nein C. Nein habe einen höhere Drichosterrinaspiel. Ja Nein C. Nein habe einen höhere Studiere Verstenderen und einer Herzterinkheiten oder einer Herzterinkheiten von hehe stelle eine Herzterinkheiten von dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten oder Erich der Gereinspielle der Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (eingehließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzterinkheiten vor dem Sol. Lebersjähr (KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Training einschlichten. Ja Nohn I Nohn I	Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenoperation, Stentimplantation oder einen Pneumothorax (kollabierte Lunge).	Ja □*	Nein 🗆
Wederhot Bronchius und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysiem diagnositziert. Ja Nein Covid-19 Diagnose KASTEN B - ICH BIN Göter As JAMRE ALT UND Bereit rauche oder innellere ich Nicolin mit anderen Mitteln. Ja Nein Covid-19 Diagnose KASTEN B - ICH BIN Göter As JAMRE ALT UND Bereit rauche oder innellere ich Nicolin mit anderen Mitteln. Ja Nein Covid-19 Diagnose KASTEN B - ICH BIN Göter As JAMRE ALT UND Bereit rauche oder innellere ich Nicolin mit anderen Mitteln. Ja Nein Covid-19 Diagnose KASTEN B - ICH BIN Göter As JAMRE ALT UND Bereit rauche oder innellere ich Nicolin mit anderen Mitteln. Ja Nein Covid-19 Diagnose Ja Nein Covid-19 Diagnose KASTEN B - ICH SIN Göter As JAMRE ALT UND Letzer hande bereit be	Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja □*	Nein □
Eine COVID-19 Diagnose KASTEN B - ICH BIN Büter As JAMRE ALT UND: Berzelt zusche oder inhaltere ich Nikotin mit anderen Mitteln. Ja Nein Chabe einen höher Cholesteringsiegut. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Aster Ender Herzenstelle Bütüründik. Aster Ender Herzenstelle Bütüründik. KASTEN D - ICH HABE/HATTE: Wiederschrein Generation innerhalb der Nasermebenhöhlen. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Aster D - ICH HABE/HATTE: Wiederschrein Generation innerhalb der Nasermebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Wiederschreind Entzündungen der Nasermebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Aster D - ICH HABE/HATTE: Wiederschrein der Migranischpotherinerzen innerhalb der letzten 5 Jähre. Anheilenden erundungsche Verleitzung oder Erkrankung. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Wiederschrende Migranischpothmerzen innerhalb der letzten 5 Jähre. Anheilenden erundungsche Verleitzung oder Erkrankung. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Ja Nein Chabe einen Bütüründik. Ja Nein Chabe eine Bütüründik. Wiederschrende Migranischpothmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnehme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein Chabe eine Mitteln Aufter eine Mitteln 12 Monate oder Einnehme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein Chabe eine Mitteln Aufter eine Mitteln 12 Monate oder Einnehme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein Chabe eine Mitteln Aufteln Aufteln Aufteln Aufteln Aufteln Aufteln Aufteln Aufteln Auft	Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja □*	Nein □
ASTEN B - ICH BIN UBER AS JAHRE ALT UND: Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikolin mit anderen Mitteln. Ja Nein Chinabe noben Ercher Cholesseinspiegel. Ja Nein Chinabe höhen Blutdruck tich habe noben Blutdruck tich habe noben Blutdruck tich habe einen pfötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Labansjahr (OER chinabe einen pfötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Labansjahr (OER chinabe einen pfötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheiten vor dem 50. Labensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkran Ja Nein C Non Erten Cell HABENATTE: Wederkehrend Ertschrafungen den Nasermabenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein C Nonen Professioner Schlagenstein Schlagens	Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja □*	Nein □
Derzeit rauche oder inhaltere ich Nikotin mit anderen Mitteln. ch habe einen hohen Cholesterinsplaged. da ch habe höhen Bildstruck. ch habe einen hohen Cholesterinsplaged. da ch Nein Cholesterinsplaged. da cho	Eine COVID-19 Diagnose	Ja □*	Nein 🗆
th habe einen hohen Cholesterinspiegel. As □ Nein Chinabe hohen Bilddrouk. As □ Nein Chinabe hohen Bild hohen Bilddrouk. As □ Nein Chinabe hohen Bild hohen Bilddrouk. As □ Nein Chinabe hohen Bilddrouk. As	KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
ch habe hohen Blutdruck. Ja □ Nein C ch hatte einen pfötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr OER habe ein ein miller Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzkrythmen, koronarer Herzkran- heit oder Erkrankung des Herzmuskele). KASTEN C – ICH HABE/HATTE: Wederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen. Dirkkrankheit oder Ohrchhurgie, Hoverlust oder Gleichgewöhtstötungen. Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □ Nein C Nein C Nein Schwerbergerzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □ Nein C Nein Schwerbergung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre. KASTEN D – ICH HABE/HATTE: Köpfwerfetzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre. Mederkehrend Benutosigsiehe Verletzung oder Erkrankung. Wederkehrenden Migränekopfschranzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja □ Nein C KASTEN D – ICH HABE/HATTE: Verphische, psychologische Proleime der im Gesundheitsverhalter, die eine medizinischejpsychiatrische Behandlung erfordern. KASTEN E – ICH HABE/HATTE: Verphische, psychologische Proleime oder im Gesundheitsverhaltern, die eine medizinischejpsychiatrische Behandlung erfordern. Zestwurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lem-Einwicklungsstörung diegnostizert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordern. Zestwurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lem-Einwicklungsstörung diegnostizert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordern. Zestwurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lem-Einwicklungsstörung diegnostizert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordern. Ja □ Nein C RASTEN F – ICH HABE/HATTE: Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routinesätivität einschränken. Ja □ Nein C RASTEN F – ICH HABE/HATTE: Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die	Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja □*	Nein □
tich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER christe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzchythmen, koronarer Herzkranheit ohn beite der Einstandselb). **ROTHER OF ICH HABS/NATTE:** **Prehalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.** **Dirkvarkheit oder Öhreihungie, Hoverfust oder Gleichgewichtsstörungen.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit oder Öhreihungie, Hoverfust oder Gleichgewichtsstörungen.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit oder Öhreihungie, Hoverfust oder Gleichgewichtsstörungen.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit oder Öhreihungie, Hoverfust oder Gleichgewichtsstörungen.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit oder Öhreihungie, Hoverfust oder Gleichgewichtsstörungen.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit oder Öhreihungie, Hoverfust oder Gleichgewichtsstörungen.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit oder Kreinfusten.** **Ja □*** Nein Dirkvarkheit ode	Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja □*	Nein □
ch hebe eine familiäre Vorgeschichte mit Harzbrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herztrythmen, koronarer Herzkranderheit oder Erkrankong des Herzmuskels). KASTEN C - ICH HABB/HATTE: Innamalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen. Ja □ Nein C Dirkkrankheit oder Ohrchlunge, Höverkust oder Gleichgewöhtsstörungen. Ja □ Nein C Wederkehrend Entzöndungen der Nasennebenhöhlen innamalb der letzten 12 Monate. Ja □ Nein C Augenoperation innemalb der letzten 3 Monate. Ja □ Nein C KASTEN D - ICH HABB/HATTE: Kopfwerletzung mit Bewusstseinsverlust innemalb der letzten 5 Jahre. Anhallende neurologische Verletzung oder Erkrankung. Wiederkehrende Migrankopfschmerzen innemalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja □ Nein C Wiederkehrende Migrankopfschmerzen innemalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja □ Nein C Schwere Derpesenen. KASTEN E - ICH HABB/HATTE: Psychische, psychologische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern. Ja □ Nein C KASTEN E - ICH HABB/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja □ Nein C Schwere Depresenen. Seibsmordgedenken, Panikattseken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentose/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja □ Nein C Schwere Depresenen. Seibsmordgedenken, Panikattseken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentose/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja □ Nein C Schwere Depresenen. Seibsmordgedenken, Panikattseken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentose/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja □ Nein C Schwere Depresenen. Seibsmordgedenken, Panikattseken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentos ein Derpesenden innemalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. KASTEN F - ICH HABB/HATTE: Wiederkehrende Rickenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine täg	Ich habe hohen Blutdruck.	Ja □*	Nein □
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen. Ja □* Nein C Drikrankheit oder Ohrohirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen. Ja □* Nein C Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □* Nein C Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate. Ja □* Nein C KASTEN D – ICH HABE/HATTE: Kopfwerfeitzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre. Anablenden eurologische Verletzung oder Erkrankung. Miederkehrende Milgrankeopfschamerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja □* Nein C Blackouts oder Ohnmachtsantälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja □* Nein C Blackouts oder Ohnmachtsantälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja □* Nein C Blackouts oder Ohnmachtsantälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja □* Nein C Blackouts oder Ohnmachtsantälle oder Krampfantälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern. KASTEN E – ICH HABE/HATTE: Sechwere Depressionen. Selbstmordgedanken, Panikattackon, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychitatrische Behan- Jalung erfordern. Ja □* Nein C Beharde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lem-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinulerliche Betreuung erfordent. Ja □* Nein C Beharden oder Wirhelsbaldenoperationen innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. Ja □* Nein C Beharden oder Wirhelsbaldenoperationen innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. Ja □* Nein C Beharden oder Wirhelsbaldenoperationen innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. Ja □* Nein C Beharden oder Wirhelsbaldenoperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein C Beharden oder Wirhelsbaldenoperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein C Beharden oder Wirhelsbaldenoperationen innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja	Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzkrankheit oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzkrankheiten vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzkrankheit oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja □*	Nein 🗆
Chrivrankheit oder Chrichirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen. Ja □ Nein □ Ne	KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate. KASTEN D – ICH HABE/HATTE: Kopfwerletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre. Aphaltende neurologische Verletzung oder Erifrankung. Ja□* Nein C Aphaltende neurologische Verletzung oder Erifrankung. Ja□* Nein C Blackouls oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/feilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja□* Nein C Blackouls oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/feilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja□* Nein C Blackouls oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/feilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja□* Nein C KASTEN E – ICH HABE/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja□* Nein C Schware Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Sidrung, die eine medikamentose/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja□* Nein C Schware Depressionen Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordern. Ja□* Nein C KASTEN F – ICH HABE/HATTE: Wiederkehrende Röckenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja□* Nein C Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja□* Nein C	Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja □*	Nein 🗆
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monste. Ja * Nein C	Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja □*	Nein □
KASTEN D – ICH HABE/HATTE: Kopfverletzung mit Bewusstseinsverfust innerhalb der letzten 5 Jahre. Kopfverletzung mit Bewusstseinsverfust innerhalb der letzten 5 Jahre. Meiderkehrende Migranekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein Dilackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Blackouts oder Krampfanfälle (DER nahme Medikamente ein, um sie zu verhindern. Ja Nein Dilackouts – (Lethabe/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja Nein Dilackouts – (Lethabe/HATTE: Wiederkehrende Rickengrobleme in den letzten 5 Jahre behandelt werden musste. Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja Nein Dilabetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingestellt (DER Schwangerschaftsdlabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein Dilabetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingestellt (DER Schwangerschaftsdlabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja Nein Dilabetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingestellt (DER Schwangerschaftsdlabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja Nein Dilabetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingestellt (DER Schwangerschaftsdlabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja Nein Dilatetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingestellt (DER Schwangerschaftsdlabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja Nein Dilatetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingestellt (DER Schwangerschaftsdlabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja Nein Dilatetes, entweder medikamentös oder Dilat-eingest	Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja □*	Nein 🗆
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung. Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung. Miederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein Dischever verhinderung. KASTEN E – ICH HABB/HATTE: Psychilsche, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erforderu. Ja Nein Dischever Obpressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erforderu. Ja Nein Dischever Obpressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erforderu. Ja Nein Dischever Obpressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erforderu. Ja Nein Dischever Obpressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erforderu. Ja Nein Dischever Obpressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine kontinuierliche Betreuung erforderu. Ja Nein Dischever Ober Neinbelandlung erforderu. Ja Nein Dischever Ober Neinbelandlung erforderu. Ja Nein Dischever Neinbelandlung erforderu. Miederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja Nein Discherung die innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein Discherung die Menandlung erforderung der Neinbelandlung erforderung der Verbelandlung erforderung der	Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja □*	Nein 🗆
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung. Miederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein E Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja Nein E Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja Nein E Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja Nein E Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja Nein E Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre behandlung erfordern. Ja Nein E Bewussten Behandlung erfordern. Ja Nein E Bewussten Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja Nein E Behandlung erfordern. Ja Nein E Behandlung erfordern.	KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Miederkehrende Migrânekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung. Ja Nein Elackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja Nein Epilepsie, epileptische Anfälle oder Kramptanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern. Ja Nein E KASTEN E – ICH HABE/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordem. Ja Nein E Schware Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern. Se wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja Nein E Sine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. KASTEN F – ICH HABE/HATTE: Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja Nein E Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein E Ne	Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja □*	Nein 🗆
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/feilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre. Ja " Nein Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern. Ja " Nein Exaster E – ICH HABB/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja " Nein Eschwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja " Nein Estwurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja " Nein Esten Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. KASTEN F – ICH HABB/HATTE: Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja " Nein Exciken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt. Ja " Nein Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt. Ja " Nein Exkute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein Exkuter oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder zur körperlichen Betätigung. Ja " Nein Exkuter oder unbehandelte Magen- oder Damgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein Exkuter oder unbehandelte Magen- oder Damgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein Exkuter oder unbehandelte Magen- oder Damgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein Exkuter oder unbehandelte Magen- oder Damgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein Exkuter oder unbehandelte Magen- oder Damgeschwüre oder diesbezügliche Operatio	Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja □*	Nein 🗆
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern. KASTEN E - ICH HABE/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja	Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja □*	Nein 🗆
Asten E - ICH HABB/HATTE: Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja □* Nein Dischwere Depræssionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja □* Nein Dischwere Depræssionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja □* Nein Dischwere de in psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja □* Nein Dischwere der Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. Ja □* Nein Dischwere der Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja □* Nein Dischwere der Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja □* Nein Dischwere medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □* Nein Dischwere medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □* Nein Dischwere medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □* Nein Dischwere medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □* Nein Dischwere der Dischwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein Dischwere der Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein Dischwere der Geschwüre der Geschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein Dischwere der Geschwüre oder Geschwüren der diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein Dischwere der Geschwüren der Geschwüren der diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja □*	Nein □
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern. Ja " Nein Dschwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern. Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lerr-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja " Nein Dschwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordert. Ja " Nein Dschwere Popressionen Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordert. Ja " Nein Dschwere Popressionen Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erforderte. Ja " Nein Dschwere Popressionen Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erforderte. Ja " Nein Dschwere Popressionen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein Dschwere Popressionen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein Dschwere Popressionen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein Dschwere Popressionen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein Dschwere Popressionen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein Dschwere Popressionen innerhalb der letzten 6 Monate. KASTEN G – ICH HATTE: Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung. Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dschwere Popressionen Aufstoßen oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein Dschwere Popressionen Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Nein Dschwere Popressionen Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Nein Dschwere Popressionen Aufstoßen oder Betaten 2015 in eine	Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja □*	Nein 🗆
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern. Se wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert. Ja " Nein De Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. KASTEN F – ICH HABE/HATTE: Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja " Nein De Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein De Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein De Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt oder Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja " Nein De Diabetes, entweder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein De Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine Medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine Medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Nein Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine Medizinische Maßnahme erforderte. Ja " Ne	KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja Nein	Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja □*	Nein 🗆
Rücken- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste. Ja Nein	Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja □*	Nein 🗆
KASTEN F – ICH HABE/HATTE: Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja □* Nein □ Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja □* Nein □ Sinen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt. Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein □ KASTEN G – ICH HATTE: Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung. Ja □* Nein □ Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein □ Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja □* Nein □	Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert.	Ja □*	Nein 🗆
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken. Ja Nein Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Nein Ja Nein	Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja □*	Nein 🗆
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate. Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Geschwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Geschwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja * Nein Diabetes, entweder medikamentös oder Geschwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 6 Monate. Ja * Nein Diabetes oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschware oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja * Nein Diabetes oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja * Nein Diabetes oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate. Ja * Nein Carte in der neicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt. Ja * Nein Carte in der neicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt. Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja * Nein Carte in der Nein Carte in de	Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja □*	Nein 🗆
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt. Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein E KASTEN G – ICH HATTE: Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung. Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja " Nein E Ne	Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja □*	Nein 🗆
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate. KASTEN G – ICH HATTE: Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung. Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja □*	Nein 🗆
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung. Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja 📑 Nein 🖸 Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Ja 📑 Nein 🖸 Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja 📑 Nein 🖸	Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja □*	Nein 🗆
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung. Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja 📑 Nein 🖸 Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Ja 📑 Nein 🖸 Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja 🔭 Nein 🖸	Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja □*	Nein □
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte. Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein □ Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja □* Nein □	KASTEN G – ICH HATTE:		
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate. Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja □*	Nein 🗆
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD). Ja □* Nein □ Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja □* Nein □	Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja □*	Nein 🗆
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn. Ja Nein Nein	Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja □*	Nein □
	Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja □*	Nein 🗆
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja □*	Nein 🗆
	Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja □*	Nein □

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

reimenmer Name		Geburtsdatum	
	(Druckschrift)		Datum (TT/MM/JJJJ)
im Freizeit-Gerätetauchen oder	r Freitauchen. Bitte besuchen Si	e uhms.org für ärztliche E	ur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität Beratung über die medizinischen Bedingungen n Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.
Untersuchungser	gebnis		
Zugelassen – Ich erkenne	keine Bedingungen, die ich mit	dem Sporttauchen oder d	dem Freitauchen für unvereinbar halte.
Nicht zugelassen – Ich erl	kenne Bedingungen, die ich mit	t dem Sporttauchen oder	dem Freitauchen für unvereinbar halte.
	Unterschrift des Arztes	-	Datum (TT/MM/JJJJ)
Name des Arztes		Spezialisierung	
,			
Klinik/Krankenhaus			
Adresse			
Tel.		Email	
	Arzt / Klinił	Stempel (optional)	

Erstellt von <u>Diver Medical Screen Committee</u> in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

3 of 3 10346 GER