

Tauch - Club - Singen

Mitglied des Verbandes Deutscher Sporttaucher – VDST e.V.

Mitglied des Badischen Tauchsport - Verbandes e.V.

Mitglied im Badischen Sportbund



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Tauch-Club Singen e.V. .

Nachname:

Vorname(n):

Adresse:

Geburtsdatum:

Ausbildungsstand: Wählen Sie ein Element aus.

E-Mail:

Beruf:

Telefon:

Mobiltelefon:

Aufnahme als:

aktives Mitglied

passives Mitglied

jugendliches Mitglied

Familienmitglied - weiteres Familienmitglied:

Ich habe die derzeit gültige Satzung einschließlich der Gebühren- und der Füllordnung erhalten und erkenne sie in allen Punkten an.

Mir ist bekannt, dass die Anmeldegebühr auch bei Ablehnung des Aufnahmeantrages zu bezahlen ist und auch nicht zurückgewährt wird.

(Pass)-Foto

(freiwillig!)

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bei Minderjährigen Unterschrift des
Erziehungsberechtigten

Tauch-Club Singen e.V.



Mitglied des Verbandes Deutscher Sporttaucher – VDST e.V.

Mitglied des Badischen Tauchsport-Verbandes e.V.

Mitglied im Badischen Sportbund

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige den Tauch - Club Singen e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto abzubuchen.

Vorname Name:

Kontoinhaber:

Name der Bank:

Ort:

IBAN:

SWIFT/BIC:

, den

Unterschrift

Unterschrift der/des Kontoinhabers

Datenschutzhinweis für neuaufgenommene Mitglieder:

Sehr geehrte/r Sporttaucher/in,

der Tauchsportverein, der Sie als neues Mitglied aufgenommen hat, ist Mitglied im Verband Deutscher Sporttaucher – VDST e.V.

Der VDST hat aufgrund von Mehrheitsbeschlüssen seiner Mitglieder (Vereine)

- a) eine Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung
- b) eine Auslandsreisekrankenversicherung in Verbindung mit einer medizinischen Taucherarzt-Hotline

zu Gunsten der ordentlichen aktiven Mitglieder der Tauchsportvereine, die im VDST organisiert sind, abgeschlossen.

Die ordentliche Abwicklung dieser Versicherungen sieht vor, das einmal jährlich folgende Daten der Versicherten, also auch von Ihnen, an die Versicherungsgesellschaften (Gerling Konzern und Globale Krankenversicherung) übermittelt werden:

Name, Vorname, Adresse und Lebensalter.

Diese Daten werden auch von den Versicherungsgesellschaften vertraulich im Sinne des § 203 StGB behandelt und Dritten zur weiteren Auswertung nicht zur Verfügung gestellt.

Um den Belangen des Datenschutzes Genüge zu tun, weist der VDST Sie auf diese Umstände hin. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Kenntnis von diesen Umständen und genehmigen die Verwendung Ihrer Daten insoweit. Alternativ können Sie jedoch einer Weitergabe Ihrer Daten auch widersprechen. Dann werden diese Daten nicht in den Bestand der weiterzuleitenden Daten aufgenommen.

Wichtiger Hinweis: Es besteht jedoch dann kein Versicherungsschutz. Eine Reduzierung des Mitgliedsbeitrages der Vereine als Mitglieder des VDST ist damit nicht verbunden.

Bitte kreuzen Sie daher unbedingt eine der beiden nachfolgenden Erklärungen an:

Einverstanden: Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich einverstanden.

Nicht einverstanden: Mit der Verwendung meiner Personen-Daten, wie oben beschrieben, bin ich nicht einverstanden.

Name
Vorname
Adresse

Ort:

Datum:

Unterschrift

Der folgende Untersuchungsbogen der *Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin (GTÜM)* muss von eurem Arzt bei der Untersuchung zur Tauchtauglichkeit ausgefüllt werden:

MEDIZ. VORSORGEUNTERSUCHUNG VON SPORTTAUCHERN



nach den Richtlinien der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter www.gtuem.org und www.oegth.at. Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, GentnerVerlag.



Untersuchender Arzt
Adresse / Stempel: _____

PERSONALIEN

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Adresse (PLZ, Stadt, Strasse, Nr.): _____
Telefon, Fax (dienstl./privat): _____
Hausarzt: _____ Beruf: _____

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Hatten Sie jemals einen **Tauchzwischenfall** oder **Tauchunfall**? (was/wann):

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

Bisherige **Tauchgänge** (Anzahl): _____

Tauchverfahren (Art/Häufigkeit):

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

Sonstige **Sportarten** (was/wie oft): _____

Teil A _____

KRANKHEITSVORGESCHICHTE

- GESAMTE** Vorgeschichte
oder
 ERGÄNZUNGEN seit letzter Untersuchung vom: _____
(nur möglich, wenn Untersuchungsbogen der letzten Untersuchung dem Arzt vorliegt)

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

Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was/wann):

- **Kopf, Gehirn, Nervensystem:**

(Schädelhirnverletzung, incl. 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, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen) - **Augen:**

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen)

- **Nase, Nasennebenhöhlen:**

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

(Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

- **Atmungsorgane:**

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot 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)

- **Stoffwechsel:**

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

- bei Frauen: **Schwangerschaft ?** _____

Hatten Sie **fiebrhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was/wann):

Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten, Fehler** oder **Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann):

Wieviel **Alkohol** trinken Sie? (Art/Menge) _____ **Rauchen** Sie? (Art/Menge): _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie?: _____

Letzte **Röntgenaufnahme** d. **Lunge** (wann/wo): _____

Letztes **Ruhe-** oder **Belastungs-Ekg** (wann/wo): _____

Datum: _____ Unterschriften, Proband: _____ Arzt: _____

- Seite 2 - Copyright GTÜM / ÖGTH 2008

Teil B _____

K Ö R P E R L I C H E U N T E R S U C H U N G

Beurteilungskriterien:

Alter: _____ Jahre,

Größe: _____ cm,

Gewicht: _____ Kg

Allgemeinzustand:

(Ernährungszustand, Ödeme, Mißbildungen, Amputationen) **Haut:**

(Dermatosen, allergische Erscheinungen)

Kopf: - Augen:

(Pupillenreaktionen, Sehschärfe r / l, bei Brillenträgern Dioptriezahl)

- Nase, NNH:

(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 u. schlechten Zahnfüllungen , chron. Tonsillitis? Pharyngitis?) **Hals**

:

(Struma, Lymphknotenvergrößerung, Geräusche über der Carotis - Carotisstenose?) **Thorax:**

(symmetrische Atemexkursion?)

Lunge:

(Perkussion und Auskultation)

Herz/Kreislauf:

(Perkussion und Auskultation, 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 incl. Pupillomotorik, Gesichts- und Schluckmotorik, Extremitätenmotorik - Atrophien, Paresen, Reflexstatus, path. Reflexe - Koordination der Motorik, Fingertremor, Romberg, Sensibilität - halbseitiger, radikulärer, peripherer Ausfall, frontale Zeichen) **Psyche:**

(Angstreaktionen, Klaustro- oder Agoraphobie. Paniksyndrom, psychotische Zeichen, Suchtkrankheit - incl. Alkohol, paranoide Reaktionen, Halluzinationen, Stimmungslage - gehoben, depressiv, Antriebsminderung, Reaktionsverlangsamung, sonstige Verhaltensstörungen, posttraumat. Stress-Syndrom)

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

Rö-Thorax (fakultativ, nur wenn klinisch angezeigt)

Beurteilung: _____

		Istwert	Sollwert	% der Norm	Lungenfunktion (obligat)
Ruhe-Vitalkapazität	VC				
Forcierte Vitalkapazität	FVC				
Expirator. Sek. Kapazität	FEV 1				
Quotient FEV 1/ VC	[%]				

Beurteilung: _____
(obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung? Ggf. Bodyplethysmographie)

Ruhe-Ekg (obligat)

Beurteilung: _____
(Rhythmus, Frequenz, Lagetyp, Blockbilder, Rhythmusstörungen, Präexcitationssyndrom)

Labor (fakultativ)

BB: Hb : _____g/dl **SERUM:** BZ nü. : _____g/dl **URIN:** Mehrfach-Stäbchentest:
 Erys : _____/fl un auffällig / auffällig
 Leukos : _____/nl **BSG** : _____/ mm n.W. (ggf. weitere Untersuchungen)

Ergometrie mit Ausbelastung (fakultativ, ab 40. Lebensjahr obligat)

Belastungsart: _____
(Fahrradergometrie sitzend oder liegend / Laufband)

Leistungsbewertung: _____
(Abbruchkriterien, Leistungsfähigkeit, Pulserholung nach Belastungsende, Trainingsempfehlung)

Beurteilung des Blutdruckverhaltens: _____

Belastungs-Ekg

Beurteilung: _____
(Rhythmusstörungen?, Ischämiezeichen?)

ZUSAMMENFASSUNG

Medizinische Vorsorgeuntersuchung von Sporttauchern nach den Richtlinien der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) und der Österreichischen Gesellschaft für Tauch- und Hyperbarmedizin (ÖGTH). Weitere Informationen finden Sie auf den Websites der Gesellschaften unter www.gtuem.org und www.oegth.at. Hinweise zu relativen und absoluten Kontraindikationen finden Sie in der „Checkliste Tauchtauglichkeit“, ISBN 978-3-87247-681-4, Gentner-Verlag.

Risikofaktoren: _____

Bemerkungen: _____

Beurteilung: _____



**Deutsche Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.
& Österreichische Gesellschaft f. Tauch- u. Hyperbarmedizin**

ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN
CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE
CERTIFICADO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO SPORTIVO
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA DIVING



NAME / NOM / NOME

Obgenannte Person ist heute gemäss den Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH 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 / ÖGTH. 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 / ÖGTH, y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

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

EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES

NACHUNTERSUCHUNG / EXAMEN ULTERIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION

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

**ARZT * (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDECIN (SIGNATURE, TIMBRE) MEDICO
(FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)**

***) Mit der Unterschrift bestätigt der untersuchende Arzt, dass die Tauchtauglichkeits-Untersuchung nach den Empfehlungen der GTÜM e.V. und der ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt wurde** (Untersuchungs-Bogen mit Hinweisen unter www.gtuem.org u. www.oegth.at)

Ärztliches Attest zum GTÜM/ÖGTH-Untersuchungsbogen (Ausgabe 2008) © Copyright GTÜM/ÖGTH 2008



**Deutsche Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.
& Österreichische Gesellschaft f. Tauch- u. Hyperbarmedizin**

ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN
CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE
CERTIFICADO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO SPORTIVO
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA
DIVING



NAME / NOM / NOME

Obgenannte Person ist heute gemäss den Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH 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 / ÖGTH. 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 / ÖGTH, y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

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

EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES

NACHUNTERSUCHUNG / EXAMEN ULTERIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION

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

**ARZT * (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDECIN (SIGNATURE, TIMBRE) MEDICO
(FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)**

***) Mit der Unterschrift bestätigt der untersuchende Arzt, dass die Tauchtauglichkeits-Untersuchung nach den Empfehlungen der GTÜM e.V. und der ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt wurde** (Untersuchungs-Bogen mit Hinweisen unter www.gtuem.org u. www.oegth.at)
Ärztliches Attest zum GTÜM/ÖGTH-Untersuchungsbogen (Ausgabe 2008) © Copyright GTÜM/ÖGTH 2008



**Deutsche Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V.
& Österreichische Gesellschaft f. Tauch- u. Hyperbarmedizin**

ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN
CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE
CERTIFICADO MEDICO: APTITUD PARA EL BUCEO SPORTIVO
MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA
DIVING



NAME / NOM / NOME

Obgenannte Person ist heute gemäss den Empfehlungen der GTÜM / ÖGTH 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 / ÖGTH. 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 / ÖGTH, y no se ha detectado ninguna contraindicación absoluta para la práctica del buceo deportivo con escafandra autónoma.

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

EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / RESTRICCIONES

NACHUNTERSUCHUNG / EXAMEN ULTERIEUR / EXAMEN ULTERIOR / NEXT EXAMINATION

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

ARZT * (UNTERSCHRIFT, STEMPEL) / MEDECIN (SIGNATURE, TIMBRE) MEDICO
(FIRMA, SELLO) / PHYSICIAN (SIGNATURE, STAMP)

***) Mit der Unterschrift bestätigt der untersuchende Arzt, dass die Tauchtauglichkeits-Untersuchung nach den Empfehlungen der GTÜM e.V. und der ÖGTH in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt wurde** (Untersuchungs-Bogen mit Hinweisen unter www.gtuem.org u. www.oegth.at)

Ärztliches Attest zum GTÜM/ÖGTH-Untersuchungsbogen (Ausgabe 2008) © Copyright GTÜM/ÖGTH 2008