

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse / PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_



SGUHM  
SSMSH  
SSMSI  
SUHMS

## KONTROLLUNTERSUCHUNG

Bei Arztwechsel wird empfohlen, das Erstuntersuchungsprotokoll zu verwenden.

### Anamnese (vom Arzt auszufüllen):

Zeitpunkt der letzten Untersuchung  
Bei welchem Arzt?

Unfälle, Krankheiten oder Spitalaufenthalte  
Medikamente  
Arbeitsunfähigkeit über 3 Wochen

Lebensgewohnheiten  
(sportliche Aktivitäten, Nikotin, Alkohol)

Gewichtsänderungen

Taucherfahrung  
Anzahl und Regelmässigkeit der Tauchgänge

Tauchzwischenfälle

Symptome oder Probleme beim Tauchen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen nach einem Tauchgang | <input type="checkbox"/> Druckausgleich |
| <input type="checkbox"/> Passagere Gefühlsstörungen     | <input type="checkbox"/> Schwindel      |
| <input type="checkbox"/> Kopfweh                        | <input type="checkbox"/> Tiefenrausch   |
| <input type="checkbox"/> Hautsymptome                   | <input type="checkbox"/> Erschöpfung    |
| <input type="checkbox"/> Muskel- oder Gelenkschmerzen   | <input type="checkbox"/> Panikreaktion  |

### Status:

Otoskopie mit Valsalva

Herz, Lunge, Blutdruck, Puls

Wie bei Erstuntersuchungen sind bei anamnestischem Verdacht oder auffälligen Befunden weitere Abklärungen notwendig.

**Beurteilung / Bemerkungen:**

Datum / Ort

Unterschrift / Stempel des Arztes

---

**ÄRZTLICHES ZEUGNIS: TAUGLICHKEIT FÜR DAS SPORTTAUCHEN**  
**CERTIFICAT MEDICAL: APTITUDE A LA PLONGEE SPORTIVE**  
**CERTIFICATO MEDICO: IDONEITA MEDICA ALL'IMMERSIONE SUBACQUEA SPORTIVA**  
**MEDICAL CERTIFICATE: FITNESS FOR RECREATIONAL SCUBA DIVING**

---

**NAME / NOM / NOME**

---

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

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

La persona summenzionata è stata visitata secondo le direttive della SSMSI per l'idoneità medica all'immersione sportiva. Non ho riscontrato condizioni patologiche che rappresentino una controindicazione assoluta all'immersione subacquea sportiva con autorespiratore.

This person has been examined following the fitness-to-dive-guidelines of the Swiss Underwater and Hyperbaric Medical Society for recreational SCUBA diving. No medical condition considered to present an absolute contraindication to diving has been found.

**EINSCHRÄNKUNGEN / LIMITATIONS / LIMITAZIONE:**

---

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

---

**ORT / DATUM / LIEU / DATE / LUOGO / DATA / PLACE / DATE**

---

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR UNTERWASSER- UND HYPERBARMEDIZIN  
SOCIETE SUISSE DE MEDECINE SUBAQUATIQUE ET HYPERBARE  
SOCIETA SVIZZERA DI MEDICINA SUBACQUEA ED IPERBARICA  
SWISS UNDERWATER AND HYPERBARIC MEDICAL SOCIETY



SGUHM  
SSMSH  
SSMSI  
SUHMS

---