



Druckkammer-Centrum Stuttgart DCS 1 GmbH & Co. KG
im Klinikum Ludwigsburg
Privatinstitut für Tauch- und Überdruckmedizin
Bau 18 Ebene 01
Posilipostrasse 4
D 71640 Ludwigsburg
Tel. +49 7141 99-68680; Fax -68689
e-mail: Info@DCS1-Stuttgart.de

Persönlicher Gesundheitsfragebogen

Wir möchten Sie bitten, sich etwas Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen in Ruhe und vollständig zu beantworten. Es ist für Sie sehr wichtig, dass Sie den Fragebogen gewissenhaft ausfüllen und nichts verschweigen. Er ist die Grundlage für die Beurteilung Ihrer Druckkammertauglichkeit und hilft entscheidend mit, Ihr Risiko zu verkleinern. Im Zweifelsfalle fragen Sie bitte das Personal an der Druckkammer.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

Befanden Sie sich kürzlich oder Befinden Sie sich zur Zeit
In ärztlicher Behandlung? nein ja
Wenn ja, warum? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? nein ja

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie in den letzten zwei Jahren operiert worden? nein ja
Wenn ja, weshalb? _____

Sind bei Ihnen folgende Leiden bekannt oder vermutet?

Herzerkrankungen oder Kreislaufprobleme (z.B. Herzinfarkt,
Herzbeklemmung, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Schrittmacher,
Blutdruck zu hoch / zu niedrig) nein ja

Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, geplatzte
Lungenbläschen [Pneumothorax], Tuberkulose, Lungenverletzung,
-operation, -entzündung, -überblähung [Emphysem], chron. Bronchitis) nein ja

Chronische Infekte im Hals-, Nasen- Ohren-Bereich (z.B. Mittelohr-,
Nasennebenhöhlenentzündung) nein ja

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Schädel-Hirn-Verletzungen,
Krampfanfälle, Epilepsie [auch lange zurückliegend]) nein ja

b.w.



Druckkammer-Centrum Stuttgart DCS 1 GmbH & Co. KG
im Klinikum Ludwigsburg
Privatinstitut für Tauch- und Überdruckmedizin
Bau 18 Ebene 01
Posilipostrasse 4
D 71640 Ludwigsburg
Tel. +49 7141 99-68680; Fax -68689
e-mail: Info@DCS1-Stuttgart.de

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Psychische Probleme (z.B. Depressionen, Platzangst) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Nahrungsmittel) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Krebs- oder Tumorleiden | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Infektanfälligkeiten oder Abwehrschwächen | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Bisher nicht genannte Erkrankungen oder Probleme
Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Es sollen noch Vorerkrankungen im persönlichen Gespräch
Besprochen werden | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

Ich bestätige, dass ich alle oben genannten Fragen wahrheitsgemäss und nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____