

Erfassungsbogen für Tauchunfälle

Tauchunfälle geschehen

Ein Tauchzwischenfall ereignet sich ungewollt, vielfach unerwartet. Tauchzwischenfälle kleinerer Art wie ein Muskelkrampf, aber auch schwerwiegende Ereignisse, wie eine Dekompressionskrankheit oder sogar das Ertrinken, alle haben ihre Ursachen. Im Nachhinein sieht man die Gründe für den Zwischenfall und man ist meistens viel klüger. Was nützt das aber dem einzelnen Taucher, wenn er alle negativen Erfahrungen selber machen muss? Besser wäre es zu wissen, welche Gefahren bestehen und wie man ihnen begegnen kann.

Durch die Auswertung aller Tauchzwischenfälle kann diesem Ziel näher gekommen werden. Deshalb hat es sich die FTU in Zusammenarbeit mit ihren Partnern DAN Schweiz, REGA, SLRG und den schweizerischen Tauchorganisationen zum Ziel gesetzt alle ihnen zugänglichen Tauchzwischenfälle zu erfassen. Dies ermöglicht eine statistische Auswertung und daraus können alle Taucher etwas lernen.

Wenn Dir ein Tauchunfall widerfahren ist, dann sende uns bitte den beiliegenden Erfassungsbogen ausgefüllt zu. Dadurch können wir alle aus Deinem Zwischenfall lernen. Deine Erfahrungen sind wichtig, um den Tauchsport noch sicherer zu machen.

Im Erfassungsbogen befinden sich Personalien nur auf diesem ersten Blatt. Sie werden vom restlichen Erfassungsbogen getrennt und unter Verschluss gehalten. Diese Daten dienen der FTU/DAN ausschliesslich für Rückfragen und unterliegen dem Datenschutz. Die FTU/DAN haftet für die Einhaltung des Datenschutzes und garantiert, dass keine Personaldaten weitergegeben werden (insbesondere an Polizeistellen, Versicherungen usw.).

Die restlichen Daten des Erfassungsbogens werden so aufbereitet, dass ohne direkte Kenntnisse des Zwischenfalls keinerlei Rückschlüsse auf betroffene und/oder beteiligte Personen möglich sind. Diese Daten dienen ausschliesslich der Erstellung von Statistiken für präventive und wissenschaftliche Zwecke und können jederzeit vom Betroffenen uneingeschränkt eingesehen werden.

Mitglieder und Partnerorganisationen:



1. Angaben zum Taucher

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telephon Privat: _____ Fax: _____

Telephon Geschäft: _____ email: _____

Notfallort-Rückrufnummer: _____

Datum des Tauchunfalles: _____

Ich bin einverstanden, dass diese Daten nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und insbesondere nicht an Versicherungen oder Behörden weitergegeben werden. Ich bin bereit bei Unklarheiten an die FTU/DAN weitere Auskünfte zu geben und erlaube der FTU/DAN Arztberichte über den Tauchzwischenfall einzusehen, zu kopieren und aufzubewahren.

- Ich habe diesen Tauchzwischenfall selber erlitten
 Ich fülle diesen Erfassungsbogen für den verunfallten Taucher aus

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anleitung zum Ausfüllen des Erfassungsbogens für den Taucher

Seite 3 und 4 werden vom Taucher selber ausgefüllt, Seite 5 und 6 von den behandelnden Ärzten. Bitte beschreibe den Tauchunfall so wie Du ihn erlebt hast und notiere auch für Dich vielleicht unwichtige Dinge bei der Beschreibung des Herganges. Falls notwendig notiere auf einer zusätzlichen Seite Beobachtungen, falls kein Platz mehr vorhanden sein sollte. Falls möglich hefte einen Ausdruck des Tauchprofiles vom Tauchcomputer bei.

Anleitung zum Ausfüllen des Erfassungsbogens für die behandelnden Ärzte

Bitte füllen Sie Seite 5 und 6 aus.

Eine genaue Anleitung zum Ausfüllen der einzelnen Punkte kann bei untenstehender Adresse angefordert werden.

Sende bitte den ausgefüllten Erfassungsbogen an:

**FTU Datensammelstelle
Postfach 1701
8026 Zürich**

Nummer: _____

Seite 4 (vom Taucher auszufüllen)

Falls ja, Oberflächenintervall _____ Stunden
 Höhe (falls bekannt) _____ m
 Helikopter Linienflugzeug
 Passfahrt Anderes (Kommentar)

Zweck des Tauchganges

Freizeit Instruktor/Schulung
 Technical Tauchschüler
 Wissenschaftlich Militärisch
 Anderer (erläutere) _____

Ausrüstung

1 Lungenautomat 1 Automat und Oktopus
 2 Lungenautomaten (getrennt)
 Halbgeschlossenes Kreislaufgerät
 Geschlossenes Kreislaufgerät
 Luft-Oberflächenversorgung Andere (Kommentar)

Luft Heliox % O2 _____
 Nitrox %O2 _____ Andere (Kommentar)
 Nasstauchanzug Badehose
 Lycraanzug Trockentauchanzug
 Anderer (erläutere) _____
 Keine Weste/Jacket Reserveschaltung
 Tauchflaschenvolumen _____ Liter

Probleme während des Tauchganges

Keine Luft mehr Übelkeit
 Schneller Aufstieg Verletzung
 Starke Anstrengung Essoufflement
 Tiefenrausch Alkohol/Medikamente
 Tauchpartner verloren Druckausgleich
 Verpasste Dekompression Panik
 Vereisender Automat Kälte
 Technischer Defekt: _____

Wie hast Du Dich vor dem letzten Tauchgang gefühlt?
 Hattest Du Symptome vor Deinem letzten Tauchgang?
 Hattest Du Symptome unter Wasser oder in der Höhe?
 Hattest Du Sauerstoffsoforthilfe?

Gut Mässig Müde Ausgepumpt Verkater
 Ja Nein (Falls ja, erläutere im Kommentar)
 Ja Nein (Falls ja, erläutere im Kommentar)
 Ja Nein (Falls ja, erläutere im Kommentar
 Datum, Zeit, Methode, % O2, und Dauer)
 Nein (Falls ja, erläutere im Kommentar wo
 und wann)

Wurdest Du in einer Kammer schon vorbehandelt? Ja

Zeitlicher Ablauf

| Liste in der Reihenfolge des Auftretens Deine Symptome und deren Stärke in einer Skala von 1 (leicht) bis 10 (am schlimmsten) auf | | Wo waren die Symptome im Körper? | Wann sind sie aufgetreten? |
|---|-------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| Ereignis | Datum | Beginn | Dauer |
| Soforthilfe | | | |
| Transport | | | |
| Therapiezentrum | | | |
| Behandlung | | | |

Kommentar (Ergänzung zu obigen Fragen)

DAN-Code: _____

Nummer: _____

Seite 5 (vom Arzt auszufüllen)

Befunde und Behandlung

| Symptome und Befunde (siehe Erläuterungen in der Anleitung) Bestätigung der Angaben des Tauchers von Seite 2 | Körperort | Beginn Datum TT/MM/JJ | Beginn Zeit TT/MM/JJ | Schweregrad (siehe Anleitung für den empfohlenen Schweregrad) | | | | | | | Bei Austritt | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------------------------|----------------------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | Nach Notfall O2 | Bei Eintritt | Nach 1. Rekomp | Nach 2. Rekomp | Nach 3. Rekomp | Nach 4. Rekomp | Nach 5. Rekomp | | Grösster Schwere -grad* | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kommentar (benütze einen anderen Erfassungsbogen um zusätzliche Symptome, Befunde, Medikamente, parenterale Flüssigkeit oder zusätzliche Rekompensationen einzutragen)

Print Name of Chamber Representative for IDAN follow-up:

- Kreuze an, falls ein zusätzlicher Erfassungsbogen benützt wurde
- *Notiere die Zeit des grössten Schweregrades

Nummer: _____

Seite 6 (vom Arzt auszufüllen)

Notfallsauerstoffgabe an der Oberfläche (siehe Anleitung für die Methode)

| Startzeit und Datum | Dauer | %O2 | Fluss-rate | Methode | Kommentar |
|---------------------|-------|-----|------------|---------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Rekompression (siehe Anleitung für Kammertyp, Protokoll, Gas und Komplikationen)

| Startzeit und Datum | Kammertyp | Protokoll | Gas | Komplikationen | Kommentar |
|---------------------|-----------|-----------|-----|----------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Medikation (siehe Anleitung für Eingabeort, notiere weitere Medikamente im Kommentar)

| Startzeit und Datum | Medikamentenname | Dosis | Eingabeort | Kommentar |
|---------------------|------------------|-------|------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Abklärungen nach dem Tauchunfall

| Untersuchung | gemacht | normal | Befund |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Thoraxröntgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lungenfunktionsprüfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Echokardiographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| EKG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tomographie (CT/MRI) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| EEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andere: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Entlassungsbericht (Kreuze alles zutreffende an) Entlassungstag _____ Entlassungszeit _____

| Diagnose | Beschreibung | Entlassungsstatus | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> DCS-1 <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> DCS-2 <input type="checkbox"/> DCI <input type="checkbox"/> Lungenbarotrauma <input type="checkbox"/> Kein Druckunfall <input type="checkbox"/> Zweideutig <input type="checkbox"/> Unklar <input type="checkbox"/> Andere (Kommentar) | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerz <input type="checkbox"/> Muskelschmerz <input type="checkbox"/> Gürtelschmerzen <input type="checkbox"/> Sensationen <input type="checkbox"/> Gefühlsverminderung im Gelenk <input type="checkbox"/> Periphere Gefühlsverminderung <input type="checkbox"/> Gefühlsverminderung im Dermatom <input type="checkbox"/> Verletzung durch Meereslebewesen <input type="checkbox"/> Anderes (führe im Kommentar auf) <input type="checkbox"/> Hypotonie | <input type="checkbox"/> Gang/Koordination <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Hörverminderung <input type="checkbox"/> Veranlagung <input type="checkbox"/> Höhere Funktion <input type="checkbox"/> Ohrenbarotrauma <input type="checkbox"/> Dermatologisch <input type="checkbox"/> Lymphatisch <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Pneumomediastinum <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Aspiration/Immersion <input type="checkbox"/> Völlig gesund <input type="checkbox"/> Verbessert mit Residuen <input type="checkbox"/> Unverändert <input type="checkbox"/> Verschlechtert <input type="checkbox"/> Verstorben <input type="checkbox"/> Gegen ärztlichen Rat |

Arzt: _____

Datum: _____

Institution: _____

Unterschrift: _____