

Medizinische Untersuchung

Ärztlicher Dienst - Werksarztzentrum Fischereihafen
Am Lunedeich 115, 27572 Bremerhaven, Tel.: 0471-986931-00, Fax: 0471-986931-01
E-mail: doc@awi.de

Hinweise zur Ärztlichen Untersuchung für Expeditionen des Alfred-Wegener-Instituts

Allgemeine Hinweise für alle Expeditionsteilnehmer

Im folgenden Fragebogen haben wir der Einfachheit halber auf die ausdrückliche geschlechtsbezogene Unterscheidung verzichtet. Soweit es nicht anders aus dem Text hervorgeht gelten die maskulinen Formulierungen sowohl für Expeditionsteilnehmerinnen als auch Expeditionsteilnehmer.

Die detaillierte Erhebung der Krankenvorgeschichte (Eigenanamnese) soll dem untersuchenden Arzt ein möglichst umfassendes Gesamtbild von dem Gesundheitszustand des Expeditionsteilnehmers vermitteln. Die genaue Kenntnis eventueller Vorerkrankungen dient neben der eigentlichen Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme an der Expedition insbesondere auch der Vermeidung möglicher Gesundheitsgefährdungen während der Expedition. Bitte die Seiten **3-8** des Untersuchungsbogens vor Ihrem Arztbesuch gewissenhaft ausfüllen.

Bei allen Fragen, die Sie mit "ja" beantworten, ist eine ausführliche Erläuterung in dem gekennzeichneten Feld erforderlich. Sollten sich Änderungen Ihres Gesundheitszustandes in der Zeit nach der ärztlichen Untersuchung ergeben, teilen Sie dies bitte rechtzeitig vor Expeditionsbeginn dem Ärztlichen Dienst des Alfred-Wegener- Instituts mit. Im Übrigen gelten die Terminfristen, die auf den Koordinierungssitzungen bzw. von der Sektion Logistik des Alfred-Wegener-Instituts vorgegeben werden. Bei erneutem Expeditionseinsatz ist die Untersuchung nach Ablauf von 12 Monaten zu wiederholen; bei kürzeren Einsatzintervallen sind die Seiten 3 und 8 ausgefüllt an den Ärztlichen Dienst zu senden.

Es wird gebeten, die Seiten 3-12 des Untersuchungsbogens nur einseitig auszudrucken.

Expeditionsteilnehmer an Schiffsexpeditionen

Bei jeder Schiffsexpedition in die Arktis oder Antarktis ist eine Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit notwendig. Für Teilnehmer an Schiffsexpeditionen außerhalb der Arktis oder Antarktis ab einer Dauer von mehr als 14 Tagen ist eine Untersuchung erforderlich.

Expeditionsteilnehmer Spitzbergen

Expeditionsteilnehmer, die sich für einen kürzeren Zeitraum als vier Wochen auf Spitzbergen aufhalten, reichen bitte spätestens drei Wochen vor der Abreise die Seiten **3-8** des Untersuchungsbogens beim Ärztlichen Dienst des AWI ein. Für diesen Personenkreis ist eine ärztliche Untersuchung nur in Ausnahmefällen erforderlich. Eine zahnärztliche Untersuchung wird jedoch angeraten. Bei Aufenthalten länger als vier Wochen ist eine Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit notwendig.

Expeditionsteilnehmer an Landexpeditionen/Flugmissionen in die Antarktis

Für alle Expeditionen in die Antarktis ab einer Dauer von mehr als 10 Tagen ist eine Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit erforderlich.

Überwinternde in der Arktis und Antarktis

Überwinterer senden bitte in jedem Fall eine Kopie der Seiten **3-8** des Untersuchungsbogens innerhalb einer Woche nach Erhalt der Unterlagen ausgefüllt an den Ärztlichen Dienst des Alfred-Wegener-Instituts. Die Untersuchungen **müssen** beim Ärztlichen Dienst des AWI durchgeführt werden. Folgende Untersuchungen sind zusätzlich erforderlich: Augenärztliche und zahnärztliche Untersuchung, Röntgenuntersuchung der Lunge, Sonographie des Bauchraumes, gynäkologische Untersuchung für Überwintererinnen. Der Umfang dieser zusätzlichen Untersuchungen ist auf Seite 12 des Untersuchungsbogens aufgeführt. Nach einer Überwinterung ist eine Nachuntersuchung erforderlich.

Expeditionsteilnehmer an Landexpeditionen/Flugmissionen in die Arktis (Grönland, Kanada, Alaska, Sibirien)

Für alle Expeditionen in die Arktis ab einer Dauer von mehr als 10 Tagen ist eine Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit erforderlich.

Wichtig:

Zusatzuntersuchungen zur allgemeinen Expeditionstauglichkeitsuntersuchung

1. Zahnärztliche Untersuchung

Den Untersuchungsunterlagen ist eine Bestätigung des Zahnarztes über eine ausreichende Sanierung Ihres Gebisses beizufügen.

2. Augenärztliche Untersuchung

Expeditionsteilnehmer über 45 Jahre legen bitte die augenärztlichen Befunde der Sehschärfe, des Augeninnendruckes und der Netzhaut (nicht älter als 36 Monate) bei.

3. Spirometrie

Lungenfunktionsprüfung für alle Expeditionsteilnehmer
Ausdruck bitte den Unterlagen beilegen.

4. Belastungs-EKG

Bei Personen ab dem 45. Lebensjahr ist ein Belastungs-EKG erforderlich, ebenso bei Teilnehmern mit relevanten körperlichen Symptomen und Risikofaktoren.

Bei erneuter ärztlicher Untersuchung vor einer Expedition ist eine Wiederholung des Belastungs-EKGs nach einem Jahr erforderlich (s. Seite 12)

5. Andere fachärztliche Untersuchungen

Falls aufgrund der Allgemeinuntersuchung erforderlich. Befundberichte bitte beifügen.

Ärztlicher Dienst - Werksarztzentrum Fischereihafen
Am Lunedeich 115, 27572 Bremerhaven, Tel.: 0471-986931-00, Fax: 0471-986931-01
E-mail: doc@awi.de

Ärztliche Untersuchung für Expeditionsteilnehmer

Schiffsexpedition

FS Polarstern

Forschungsschiff

Landexpedition/Flugmission

Überwinterung Arktis

Überwinterung Antarktis

Name, Vorname:
Geburtsdatum: Beruf:.....
Wohnanschrift:
.....
Postanschrift:
Tel. privat: dienstl:.....
E-mail: Fax:.....
Einsatzgebiet:
Expedition/Fahrtabschnitt:
Aufenthaltszeitraum:
Art der Tätigkeit:

Abschließende Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes des Alfred-Wegener-Instituts über die Expeditionstauglichkeit:

- Keine gesundheitlichen Bedenken gegen die geplante Expedition
- Keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen, die der Ärztliche Dienst dem Expeditionsarzt mitteilt.
- Gesundheitliche Bedenken

Datum:..... Unterschrift:..... Stempel:.....

Anamnese (Krankheitsvorgeschichte)

| Familienanamnese | | |
|--|------------|----------------------------|
| Ist eine der folgenden Krankheiten bei einem oder mehreren Ihrer Familienangehörigen diagnostiziert (Eltern, Geschwister, Kinder) | | |
| | | Verwandtschaftsgrad |
| Zuckerkrankheit | ja nein | |
| Herzinfarkt | ja nein | |
| Schlaganfall | ja nein | |
| Bluthochdruck | ja nein | |
| Nierenerkrankung | ja nein | |
| Krebserkrankung | ja nein | |
| Gemüteskrankung | ja nein | |

Eigenanamnese: Welche Erkrankungen hatten Sie bisher?

Infektionskrankheiten

| | | |
|--|----|------|
| Infektiöse Gelbsucht | ja | nein |
| Rheumatisches Fieber | ja | nein |
| Tuberkulose | ja | nein |
| Tropenkrankheiten | ja | nein |
| Geschlechtskrankheiten | ja | nein |
| Andere Infektionskrankheiten (außer den üblichen Kinderkrankheiten) | ja | nein |

Die Angabe einer HIV-Infektion ist freiwillig.

Erkrankungen des Hals-Nasen-Rachenraums und der Ohren

| | | |
|-----------------------------|----|------|
| Nebenhöhlenentzündung | ja | nein |
| Mandelentzündung/-operation | ja | nein |
| Ohrenerkrankung | ja | nein |
| Andere HNO-Erkrankungen | ja | nein |

Zahnerkrankungen

ja nein

Augenerkrankungen

| | | |
|---|----|------|
| Glaukom (Augendruckerhöhung) | ja | nein |
| Grauer Star (Linsentrübung) | ja | nein |
| Netzhauterkrankungen | ja | nein |
| Wird eine Sehhilfe getragen? | ja | nein |
| Für die Ferne? Für die Nähe? | | |
| Andere Augenerkrankungen oder Sehstörungen | ja | nein |

Erkrankungen der Lunge

| | | |
|---|----|------|
| Lungenentzündung | ja | nein |
| Rippenfellentzündung | ja | nein |
| Chronische Bronchitis | ja | nein |
| Asthma | ja | nein |
| Andere Lungenerkrankungen (z.B. Sarkoidose) | ja | nein |

Bei "ja" bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

| | | |
|---|----|------|
| Herzinfarkt | ja | nein |
| Erkrankung der Herzkranzgefäße | ja | nein |
| Bluthochdruck | ja | nein |
| Schlaganfall | ja | nein |
| Durchblutungsstörungen der Hals-/Kopfgefäße | ja | nein |
| Durchblutungsstörungen der Extremitäten | ja | nein |
| Thrombose / Krampfadern | ja | nein |
| Andere Herz-Kreislaufferkrankungen | ja | nein |

Erkrankungen der Bauch- und Verdauungsorgane

| | | |
|--|----|------|
| Gallensteine | ja | nein |
| Lebererkrankungen | ja | nein |
| Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse | ja | nein |
| Erkrankungen von Magen und Speiseröhre | ja | nein |
| Zwerchfellbruch | ja | nein |
| Chronische Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn) | ja | nein |
| Darmblutungen/Darmpolypen/Divertikel | ja | nein |
| Appendicitis (Blinddarmentzündung) | ja | nein |
| Haemorrhoiden/Analabszess | ja | nein |
| Bauchwandbrüche | ja | nein |
| Andere Erkrankungen der Bauchorgane | ja | nein |

Nieren- und Blasenerkrankungen

| | | |
|---|----|------|
| Nierenbeckenentzündung | ja | nein |
| Nierenzysten | ja | nein |
| Nieren- und Blasensteine | ja | nein |
| Harnblasenentzündung | ja | nein |
| Andere Erkrankungen der ableitenden Harnwege | ja | nein |

Bei "ja" bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

Nur für Expeditionsteilnehmerinnen

| | | |
|--|----|------|
| Entzündung der Eileiter oder Eierstöcke | ja | nein |
| Eierstockzysten | ja | nein |
| Starke Menstruationsbeschwerden oder andere Störungen der Regel | ja | nein |
| Bauchhöhlenschwangerschaft | ja | nein |
| Brustdrüsenerkrankung | ja | nein |
| Endometriose (Gebärmutter-schleimhaut außerhalb des normalen Bereiches) | ja | nein |

Nur für männliche Expeditionsteilnehmer

| | | |
|---|----|------|
| Erkrankungen der Prostata | ja | nein |
| Nebenhodenentzündung | ja | nein |
| Andere Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane | ja | nein |

Stoffwechselstörungen

| | | |
|---------------------------------|----|------|
| Diabetes mellitus | ja | nein |
| Fettstoffwechselstörungen | ja | nein |
| Gicht | ja | nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | ja | nein |
| andere Stoffwechselerkrankungen | ja | nein |

**Erkrankungen der Gelenke, Knochen
oder Wirbelsäule**

| | | |
|--|----|------|
| Verletzungen der großen Gelenke | ja | nein |
| Knochenbrüche | ja | nein |
| Rheumatismus | ja | nein |
| Gelenkentzündungen | ja | nein |
| Hexenschuss | ja | nein |
| Ischiasbeschwerden | ja | nein |
| Bandscheibenerkrankungen | ja | nein |
| Andere Erkrankungen der Gelenke, Knochen oder Wirbelsäule | ja | nein |

Bei "ja" bitte ausführliche Erläuterungen
und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen
und Kommentare des untersuchenden
Arztes):

Böartige Erkrankungen

| | | |
|------------------------------------|----|------|
| Krebserkrankungen einzelner Organe | ja | nein |
| Krebserkrankungen des Blutes | ja | nein |
| Lymphknotenkrebs | ja | nein |
| Hautkrebs | ja | nein |

Nerven- und Gemütskrankungen

| | | |
|---|----|------|
| Epileptische Anfälle | ja | nein |
| Krampfanfälle anderer Ursache | ja | nein |
| Schwindelanfälle | ja | nein |
| Häufig wiederkehrende und/oder anhaltende Kopfschmerzen | ja | nein |
| Andere neurologische Erkrankungen | ja | nein |
| Depressionen | ja | nein |
| Wahnvorstellungen | ja | nein |
| Angststörungen (z.B. Flugangst) | ja | nein |
| Panikattacken | ja | nein |
| Schlafstörungen | ja | nein |
| Alkohol/Drogenprobleme | ja | nein |

Andere Erkrankungen

| | | |
|--|----|------|
| Bluterkrankungen | ja | nein |
| Kältebedingte, anfallsartig auftretende Gefäßspasmen an den Händen | ja | nein |
| Unklarer Gewichtsverlust | ja | nein |
| Hauterkrankungen | ja | nein |

Wurden Sie in den vergangenen beiden Jahren stationär behandelt? ja nein

Mussten Sie sich in der Vergangenheit einer Operation unterziehen? ja nein

Hatten Sie jemals Unfälle mit Schädelbruch oder andere schwere Verletzungen? ja nein

Trinken Sie Alkohol?
täglich? ja nein
wöchentlich? ja nein
selten? ja nein
Was und wieviel?

Treiben Sie regelmäßig Sport?
Was und wie oft? ja nein

Bei "ja" bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

Gegenwärtiger Gesundheitszustand

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Wurden Sie während der vergangenen 24 Monate ärztlich behandelt? ja nein
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
 Welche, wogegen und in welcher Dosierung?
 Haben Sie chronische Erkrankungen? ja nein
 Leiden Sie an Allergien? ja nein
 An welchen?
 Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit? ja nein
 Bei welchen Medikamenten?
 Bestanden Erfrierungen? ja nein
 Wann und an welchem Körperteil?
 Rauchen Sie? ja nein
 Wie viele Zigaretten täglich?
 Körpergröße: cm
 Gewicht: kg

Bei "ja" bitte ausführliche Erläuterungen und Zeitangaben (ggf. auch Diagnosen und Kommentare des untersuchenden Arztes):

Impfstatus:

Wann wurden Sie zuletzt gegen Tetanus geimpft?
 Wann wurden Sie zuletzt gegen Diphtherie geimpft?
 Wann wurden Sie zuletzt gegen Kinderlähmung geimpft?
 Wann wurden Sie zuletzt gegen Hepatitis A und/oder B geimpft?

Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Kinderlähmung ist erforderlich, Impfschutz gegen Hepatitis A und B wird empfohlen. Besprechen Sie bitte mit dem Betriebsarzt oder Ihrem Hausarzt, ob ausreichende Grundimmunisierungen gegen die o.a. Infektionskrankheiten vorliegen und ob ggf. Auffrischungsimpfungen erforderlich sind. (Impfkosten werden nur für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Alfred-Wegener-Instituts übernommen.)

Eine Kopie des Impf- und Blutgruppenausweises bitte den Untersuchungsunterlagen beifügen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift

dass ich die o.a. Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe und ich erkenne an, dass wissentlich falsche Angaben und Verschweigen von Erkrankungen zum Ausschluss von der Expeditionsteilnahme führen können.

Mir ist bewusst, dass falsche Angaben oder Verschweigen von Erkrankungen, die während einer Expedition zu medizinischen Notfallmaßnahmen oder zu Evakuierung führen, eine Gefährdung meiner Gesundheit und eine Gefährdung des sicheren Expeditionsablaufes darstellen können.

Für den Fall, dass eine Rückfrage zur Expeditionstauglichkeit erforderlich wird, entbinde ich meine behandelnden Ärzte (z.B. Hausarzt, Facharzt) gegenüber dem Ärztlichen Dienst und diesen wiederum gegenüber dem Expeditionsarzt, Schiffsarzt und dem medizinisch-logistischen Arzt des Alfred-Wegener-Instituts von der Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift:

Mit der Weitergabe der abschließenden Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes über die Expeditionstauglichkeit (vgl. Seite 1) an den Auftraggeber erkläre ich mich einverstanden.

Datum und Unterschrift:

Name in Druckbuchstaben:

Ärztliche Untersuchungsbefunde (vom Arzt auszufüllen)

Name des/der Untersuchten: Untersuchungsdatum:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg BMI:

Hinweis: Ein BMI größer als 35 oder ein Körpergewicht von mehr als 125kg stellen ein Ausschlusskriterium für eine Expeditionsteilnahme dar.

Kennen Sie die zu untersuchende Person als Patient?

ja nein

Auffälligkeiten des **Allgemeinzustandes**

ja nein

Pathol. Untersuchungsbefund der **Ohren**

ja nein

Auffälligkeit der **Halslymphknoten?**

ja nein

Vergrößerung der **Schilddrüse?**

ja nein

Pathol. Untersuchungsbefund der **Augen?**

ja nein

Reaktion der **Augen** auf Licht und

Convergenz pathologisch?

ja nein

Besteht ein **Nystagmus?**

ja nein

Werden eine **Brille** und/oder

Contactlinsen getragen?

ja nein

Liegt eine **Myopie** oder eine **Hyperopie** vor?

ja nein

Erscheint das **Gebiss** sanierungsbedürftig?

ja nein

Wird eine **Zahnprothese** getragen?

ja nein

Ist die **Zunge** auffällig?

ja nein

Pathol. Befund der **Haut** oder **Schleimhäute**

ja nein

Bewegungseinschränkung des **Kopfes**

ja nein

Sind die **NAP** druck- oder klopfempfindlich?

ja nein

Auffälligk. des **Nasen- und Rachenraumes**

ja nein

Sind die **Tonsillen** auffällig bzw. entfernt?

ja nein

Ergeben Auskultation und Perkussion der

Lungen pathologische Befunde?

ja nein

Ergibt die Auskultation des **Herzens**

pathologische Befunde?

ja nein

Erscheint das **Herz** vergrößert?

ja nein

Bestehen kardiale

Insuffizienzerscheinungen?

ja nein

Bitte ausführliche Befundbeschreibung bzw. Diagnoseerhebung

Blutdruck und **Herzfrequenz** in Ruhe: **RR:**/..... **HF:**/min

Name des/der Untersuchten: Untersuchungsdatum:

- Sichtbare Thoraxdeformierungen ja nein
- Sichtbare Deformierungen der **Wirbelsäule** ja nein
- Bewegungseinschränkungen d. **Wirbelsäule** ja nein
- Finger-Boden-Abstand cm
- Sind im **Abdomen Druckschmerzen** auslösbar oder **Resistenzen** tastbar? ja nein
- Sind **Leber** und/oder **Milz** palpabel? ja nein
- Sind die **Nierenlager** klopfschmerzhaft? ja nein
- Sind **Narben** vorhanden? ja nein
- Sind **Hernien** vorhanden? (Rectusdiastase, Nabelhernie, Leistenhernie, Narbenhernie) ja nein
- Bestehen vergrößerte **Lymphknoten**? ja nein
- Sind die **Extremitäten** deformiert, bestanden Verletzungen oder liegen Bewegungs-Einschränkungen vor? ja nein
- Bestehen **Gelenkschwellungen**? ja nein
- Sind **Varizen** vorhanden? ja nein
- Auffälligk. bei der Palpation der **Fußpulse**? ja nein
- Reflexstatus:**
- PSR li.: PRS re.:
- ASR li.: ASR re.:
- BSR li.: BSR re.:
- RPR li.: RPR re.:
- Bestehen Störungen der **Sensibilität**? ja nein
- Ist ein **Tremor** zu erkennen? ja nein
- Bestehen **Koordinationsstörungen**? ja nein
- Ist der **Rombergversuch** pathologisch? ja nein
- Liegen andere **neurologische Befunde** vor? ja nein
- Bestehen **Verhaltensauffälligkeiten**? ja nein
- Anzeichen für **psychische Erkrankungen**? ja nein
- Andere Befunde**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? ja nein

Bitte ausführlich Befundbeschreibung bzw. Diagnoseerhebung

Spirometrie (Ausdruck beifügen):

Ruhe- und Belastungs-EKG

Name des/der Untersuchten: Untersuchungsdatum:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg BMI:

Ruhe-EKG (Bitte unbedingt EKG-Ausdruck beifügen)

Auswertung: Beurteilung des Ruhe-EKGs:

Ergometrie nach WHO-Standard (Bitte unbedingt EKG-Ausdruck beifügen)

Bei unauffälligem Ruhe EKG und bei unauffälligem kardialen Untersuchungsbefund, sowie bei Fehlen relevanter körperlicher Symptome und Risikofaktoren ist bei Personen unter 40 Jahren ein Belastungs-EKG nicht erforderlich. Bei Überwinterern ist unabhängig vom Alter ein Belastungs-EKG obligatorisch.

Bei erneuter ärztlicher Untersuchung vor einer Expedition ist eine Wiederholung des Belastungs-EKGs bei Personen über 40 Jahren nach einem Jahr erforderlich.

Soll-Herzfrequenz: 200 minus Lebensalter (submaximale Ausbelastung)

Auszug aus dem Ergometrieprotokoll:

(falls kein gesondertes Protokoll als Anlage beigefügt ist):

| | | |
|------------------------------------|------------|-----------|
| Vor der Belastung: | Blutdruck: | Frequenz: |
| Anfangsbelastung mit Watt: | Blutdruck: | Frequenz: |
| Bei Belastung mit 150 Watt: | Blutdruck: | Frequenz: |
| Bei max. Belastung mit Watt: | Blutdruck: | Frequenz: |
| 1 Min. nach der Belastung: | Blutdruck: | Frequenz: |
| 3 Min. nach der Belastung: | Blutdruck: | Frequenz: |
| 5 Min nach der Belastung: | Blutdruck: | Frequenz: |

Leistung in Watt (bei HF von 150/min) IstWatt
SollWatt

(Soll: 1,8 Watt/kg Körpergewicht bei Frauen bzw. 2,1 Watt/kg Körpergewicht bei Männern)

Beschwerden? ja nein
Extrasystolen? ja nein
Arrhythmien? ja nein
Pathologische Endstrecken? ja nein

Bei „ja“ Beschreibung:

Grund des Ergometrie-Abbruchs:

Beurteilung des EKGs unter Belastung:
Beurteilung des RR- und HF-Verhaltens:

Beurteilung des Trainingszustandes:

Zusammenfassende Beurteilung der Ergometrie:

Laboriumsdiagnostik:

Name des/der Untersuchten: Untersuchungsdatum:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|-------------|-------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>Standardlabordiagnostik: (Laborbericht bitte beifügen)</p> <p>BSG: Blutbild: Leukozyten: (unter 4,0 und über 10,0/nl Differentialblutbild erbeten) Erythrozyten: Hämoglobin: Hämatokrit: MCV: MCH: MCHC: Thrombozyten:</p> <p>Blutzucker: Kreatinin: Harnsäure: GPT: Gamma-GT: Cholesterin: HDL-Chol.: LDL-Chol.:</p> <p>Urinbefund: Blutgruppe:</p> <p>(wenn bekannt, bitte Kopie des Ausweises beilegen)</p> | <p>Zusätzliche Labordiagnostik Überwinterer: (Laborbefunde bitte beifügen)</p> <p>Differentialblutbild: Bilirubin: Alk. Phosphatase: Triglyceride: TSH: CRP: CDT: Hepatitisserologie für HA, HB und HC beifügen HIV: TPHA: VDRL: PSA (bei männl. Überw. Über 45):</p> <table border="0"> <tr> <td>Haemocult:</td> <td>Datum</td> <td>neg.</td> <td>pos.</td> </tr> <tr> <td>1. Test:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Test:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Test:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Haemocult: | Datum | neg. | pos. | 1. Test: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Test: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Test: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haemocult: | Datum | neg. | pos. | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Test: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Test: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Test: | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Zusätzliche fachärztliche Untersuchungen für Überwinterer:

Augenärztliche Untersuchung:

Obligatorisch für Überwinterer. (s.Seite. 2)

Zahnärztliche Untersuchung:

Bei Überwinterern ist zusätzlich ein orbitales Pantomogramm (OPG) mit ausführlichem Befundbericht erforderlich.

Gynäkologische Untersuchung:

Obligatorisch nur für Überwintererinnen. Befundberichte der körperlichen gynäkologischen Untersuchung, des Abstriches nach PAP sowie der Mammographie bitte beifügen (Mammographie ab 35 Jahren).

Röntgen-Thorax und abdominelle Sonographie:

Befundberichte und Aufnahmen bitte beifügen

Andere fachärztliche Untersuchungen:

Falls aufgrund der Allgemeinuntersuchung erforderlich. Befundberichte bitte beifügen.

Beurteilung der Expeditionstauglichkeit durch den untersuchenden Arzt:

Die Ärztinnen/Ärzte, die die Untersuchung auf Expeditionstauglichkeit vornehmen, werden gebeten den vom Expeditionsteilnehmer ausgefüllten Anamnesebogen zu überprüfen und ggf. zu ergänzen. Wir bitten um eine aussagekräftige Beurteilung der Expeditionstauglichkeit, bei der die Befunde eventuell zusätzlich notwendiger fachärztlicher Untersuchungen zu berücksichtigen sind. Befundberichte und Ausdrucke von EKGs und Spirometrie bitten wir den Untersuchungsunterlagen unbedingt beizufügen.

- Keine gesundheitlichen Bedenken gegen die geplante Expeditionsteilnahme**
- Keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen** (bitte erläutern)
- Gesundheitliche Bedenken** (Gründe bitte erläutern)

Datum: Unterschrift: Stempel + Tel.: