

ÄRZTLICHES ATTEST

KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat _____ Tel. Geschäft _____

FAX _____ E-mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name _____ Krankenhaus _____

Adresse _____ Telefon _____

Wurden Sie schon einmal tauchsportärztlich untersucht? _____ JA _____ NEIN

Wenn ja, wann? _____

ARZT / ÄRZTIN

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Sporttauchen mit Presslufttauchgerät bzw. ist bereits brevetierte/r Taucher/in. Wie beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

BEURTEILUNG

___ Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Tauchen als unvereinbar erachte.

___ Aus medizinischer Sicht ist diese Person **vorübergehend** nicht für den Tauchsport geeignet.

___ Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.

BEMERKUNGEN

Name des Arztes _____

Adresse _____

Telefon _____ Fax _____

Unterschrift des Arztes _____ Datum _____

