

ÄRZTLICHES ATTEST

KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name: _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat _____ Tel. Geschäft _____

E-Mail _____ Homepage _____

Geburtsdatum (Tag/Mt./Jahr) _____ Beruf _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name _____ Krankenhaus _____

Adresse _____ Telefon _____

Datum Ihrer letzten Untersuchung _____

Name des untersuchenden Arztes _____

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 Pressluftgerät bzw. ist bereits
brevetierete/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 kann ich diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.

Bemerkungen

Unterschrift des Arztes _____ Datum _____

Name _____ Krankenhaus _____

Adresse _____

Telefon _____ E-Mail _____