

## ÄRZTLICHES ATTEST

**KURSTEILNEHMER/IN**

**Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen!**

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag/Monat./Jahr) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### NAME UND ADRESSE IHRES HAUSARZTES BZW. BEHANDELNDEN ARZTES

Name \_\_\_\_\_

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum Ihrer letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Name des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_

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 kann ich dieser Person die Ausübung des Tauchsports **nicht** empfehlen.

#### BEMERKUNGEN

Name des Arztes \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_