

**ÄRZTLICHES ATTEST****KURSTEILNEHMER/IN**

Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen.

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

Strasse \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 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 diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.

**BEMERKUNGEN** \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_