



## ÄRZTLICHES ATTEST

### KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(Tag/Mt./Jahr)

Strasse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

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

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

E-mail \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### Name und Adresse Ihres Hausarztes

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

Ich habe mich über die Richtlinien zur Durchführung einer tauchsportärztlichen Untersuchung informiert.

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
(Tag/Mt./Jahr)

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_