



Ärztliches Attest

Kursteilnehmer

bitte in Blockbuchstaben schreiben

Vorname/ Name: _____

Adresse: _____

Land: _____ Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Tel. privat: _____ Tel. Firma: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): ____/____/____ Geschlecht: M W

Beruf: _____

Name und Adresse des Ihres Arztes:

Name d. Arztes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Wurden Sie schon einmal tauchärztlich untersucht? Wenn ja, wann: _____

Name d. Arztes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Arzt

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Sporttauchen mit Pressluftgeräten bzw. ist bereits ausgebildeter Taucher/in. Wie beurteilen sie die aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

Ärztliche 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.

Anmerkungen: _____

Name des Arztes: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Unterschrift/ Stempel des Arztes: _____ Datum: _____