

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