

Ärztliches Attest

Kursteilnehmer/in

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Vorname/Name

Straße/ Hausnummer

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? _____

Von Arzt / Ärztin auszufüllen

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:

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes