

# 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