

ÄRZTLICHES ATTEST - TAUCHTAUGLICHKEITSUNTERSUCHUNG



Für den Kursteilnehmer/in

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Stadt: _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Name: _____ Krankenhaus: _____

Adresse: _____

Datum Ihrer letzten Untersuchung/TTU: _____

Name des untersuchenden Arztes: _____ Krankenhaus: _____

Adresse: _____

Wurden Sie schon einmal tauchsportärztlich untersucht? JA NEIN Wenn ja, wann? _____

Für den 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: (bitte ankreuzen)

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: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____

(Tag/Monat/Jahr)

Name: _____ Krankenhaus: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email: _____