

**ÄRZTLICHES ATTEST****TEILNEHMER/IN****Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.**

Vorname/Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat _____ Tel. Geschäft _____ EMAIL _____

Geburtsdatum (Tag/Mt./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 diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.**BEMERKUNGEN** _____

Name des Arztes _____

Adresse _____ Telefon _____

Unterschrift _____ Datum _____