



## Ärztliches Attest

### Kursteilnehmer

bitte in Blockbuchstaben schreiben

Vorname/ Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. Firma: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  M  W

Beruf: \_\_\_\_\_

---

### Name und Adresse des Ihres Arztes:

Name d. Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal tauchärztlich untersucht? Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Name d. Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

### Arzt

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Sporttauchen mit Pressluftgeräten bzw. ist bereits ausgebildeter Taucher/in. Wie beurteilen sie die aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

### Ärztliche 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.

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Unterschrift/ Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_