

# KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

Strasse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Tel. Privat ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

## Name und Adresse Ihres Hausarztes

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Datum Ihrer letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Name des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Pā, ^ā Ā

Ø>|Á^} Á] ^} Á æ! Öā^! S~! • Áæ ÁÖc•cÁ, ^ā aÁě••c||^} Áæ•^} È

FÁ!ā ā aÁ^!à^ācā Á^!Áæ &@&@|^

FÁ!ā ā aÁ āāÁ>|Á] êc^!^Áæ &@ê} \*^Á^} 4cā c