

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