

# Tauchschüler

(in Druckbuchstaben)

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

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

## Name und Anschrift des Hausarztes

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum Ihrer letzten ärztlichen Untersuchung: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Name und Anschrift des untersuchenden Arztes:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Wurden Sie jemals tauchsportärztlich untersucht? Nein / Ja, Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Ärztliches Attest

Die o.g. Person beabsichtigt, an einer Taucherausbildung teilzunehmen oder ist bereits zertifizierter Taucher. Eine Untersuchung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der Teilnahme am Tauchsport ist erforderlich.

( \_\_\_\_ ) Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken gegen eine Teilnahme am Tauchsport.

( \_\_\_\_ ) Ich rate von einer Teilnahme am Tauchsport ab.

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Stempel / Unterschrift: \_\_\_\_\_