

Tauchtauglichkeit

KURSTEILNEHMER/IN

(Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen)

Vorname, Name _____ Geburtsdatum _____
(Tag/Monat/Jahr)

Straße _____

PLZ _____ Stadt _____

Land _____

Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Name und Adresse Ihres Hausarztes

Name _____

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.

Datum / Unterschrift des Arztes