

**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 \_\_\_\_\_