

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: _____