

Anhang  
ALLGEMEINE STANDARDS UND VERFAHREN



ÄRZTLICHES ATTEST

**KURSTEILNEHMER/IN**  
Bitte in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen.

Vorname/ Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Tag/Mt./Jahr) \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes**

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Datum Ihrer letzten Untersuchung \_\_\_\_\_  
Name des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Wurden sie schon einmal tauchsportlich untersucht?  Ja  Nein Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

**ARZT/ ÄRZTIN**

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Sporttauchen mit Presslufttauchgerät bzw. ist bereits  
brevetierete/r Taucher/in. Wie beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Tauchtauglichkeit?

**BEURTEILUNG**

- Aus medizinischer Sicht kann ich nicht feststellen, was ich mit dem Tauchen für unvereinbar erachte.  
 Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person nicht für den Tauchsport empfehlen.

**BEMERKUNGEN**

Name des Arztes \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_