

SCHÜLER

Bitte leserlich schreiben!

Name _____ Geburtsdatum _____ Alter _____

Adresse _____

Stadt _____ Bundesland / Region _____

Land _____ Postleitzahl _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Email _____ Fax _____

Name und Adresse des Hausarztes

Name _____ Klinik / Hospital _____

Adresse _____

Datum der letzten Untersuchung _____

Name des untersuchenden Arztes _____ Klinik / Hospital _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____

Wurde Ihnen schon einmal geraten eine tauchsportärztliche Untersuchung durchführen zu lassen? Ja / Nein

Wenn ja, wann? _____

ARZT

Diese Person ist ausgebildeter Gerätetaucher oder möchte sich als Gerätetaucher ausbilden lassen. Ihr Befund hinsichtlich der medizinischen Tauchtauglichkeit dieser Person ist erforderlich. Zu Ihrer Information und Bezugnahme sind Richtlinien beigefügt.

Ärztlicher Befund

Ich kann keinen medizinischen Zustand feststellen, der dem Gerätetauchen abträglich wäre.

Ich kann diese Person nicht für das Gerätetauchen empfehlen.

Bemerkungen: _____

Unterschrift des Arztes _____ Datum der Untersuchung _____

Name des untersuchenden Arztes _____ Klinik / Hospital _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____