



TAUCHSCHULE - TAUCHSHOP
Wienerstraße 166; 3100 St. Pölten
Tel/Fax:02742/72464 Mobil: 0664/3581231

Homepage : www.scubanautic.at

Email: office@scubanautic.at

ÄRZTLICHES ATTEST

KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name _____

Strasse _____

Land _____ PLZ _____ Stadt _____

Tel. Privat _____ Tel. Geschäft _____ FAX _____

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 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 _____

Name des Arztes _____

Adresse _____ Telefon _____

Unterschrift _____ Datum _____