KURSTEILNEHMER/IN

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 _____

© International PADI, Inc. 2001 / Translation by PADI Europe, 2002

© Recreational Scuba Training Council, Inc. 2001