



## Tauchtauglichkeit

---

### KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(Tag/Monat/Jahr)

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### Name und Adresse Ihres Hausarztes

Name \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Datum Ihrer letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Name des untersuchenden Arztes \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes