

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 _____

STUDENT**Please print legibly.**Name _____ Birth Date _____ Age _____
First Initial Last Day/Month/Year

Mailing Address _____

City _____ State/Province/Region _____

Country _____ Zip/Postal Code _____

Home Phone () _____ Business Phone () _____

Email _____ FAX _____

Name and address of your family physician

Physician _____ Clinic/Hospital _____

Address _____

Date of last physical examination _____

Name of examiner _____ Clinic/Hospital _____

Address _____

Phone () _____ Email _____

Were you ever required to have a physical for diving? Yes No If so, when? _____**PHYSICIAN**

This person applying for training or is presently certified to engage in scuba (self-contained underwater breathing apparatus) diving. Your opinion of the applicant's medical fitness for scuba diving is requested. There are guidelines attached for your information and reference.

Physician's Impression I find no medical conditions that I consider incompatible with diving. I am unable to recommend this individual for diving.**Remarks** _____

Physician's Signature or Legal Representative of Medical PractitionerDate _____
Day/Month/Year

Physician _____ Clinic/Hospital _____

Address _____

Phone () _____ Email _____