



## Ärztliches Attest

für

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße:

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

---

## 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/Stempel:

Telefon:

Unterschrift: