



## Tauchtauglichkeitsattest

Die genannte Person möchte an einer Ausbildung im Freitauchen / Atemanhalten (Freediving), Gerätetauchen (Recreational Scuba) und/oder Technischem Tauchen (Extended Range) teilnehmen oder ist bereits zertifiziert. Ein ärztlicher Befund zur medizinischen Eignung des Teilnehmers für das Freitauchen / Atemanhalten (Freediving), Gerätetauchen (Recreational Scuba) und/oder Technische Tauchen (Extended Range) ist erforderlich. Zur Information und als Referenz sind Richtlinien für die körperliche Untersuchung von Sporttauchern beigelegt.

### Teilnehmer Informationen

Der Teilnehmer muss die Abschnitte "Teilnehmer Informationen" und "Behandelnder Arzt" ausfüllen. Bitte leserlich schreiben.

|                      |                        |                         |
|----------------------|------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>   | <input type="text"/>    |
| Vorname              | Nachname               | Geburtsdatum (TT/MM/JJ) |
| <input type="text"/> |                        |                         |
| Postanschrift        |                        |                         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>   |                         |
| E-Mail Adresse       | Telefon / Mobiltelefon |                         |

### Name und Adresse des behandelnden Arztes

|                                           |                              |                        |
|-------------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| <input type="text"/>                      | <input type="text"/>         |                        |
| Behandelnder Arzt                         | Klinik/Hospital              |                        |
| <input type="text"/>                      |                              |                        |
| Adresse                                   |                              |                        |
| <input type="text"/>                      | <input type="text"/>         | <input type="text"/>   |
| Datum der letzten Untersuchung (TT/MM/JJ) | Name des behandelnden Arztes | Telefon / Mobiltelefon |
| <input type="text"/>                      | <input type="text"/>         | <input type="text"/>   |
| Klinik/Hospital                           | Adresse                      | Email                  |

Wurde bei dir schon einmal eine tauchsportärztliche Untersuchung durchgeführt? Zutreffendes ankreuzen: Ja    Nein    Wenn ja, wann?

### Behandelnder Arzt

#### Ärztlicher Befund

☐ Der Teilnehmer kann uneingeschränkt am Tauchsport teilnehmen, es gibt keine medizinischen Vorbehalte.    ☐ Ich kann diese Person nicht für die Teilnahme am Tauchsport empfehlen.

|                                                                             |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                                                        |                      |
| Bemerkungen                                                                 |                      |
| <input type="text"/>                                                        | <input type="text"/> |
| Unterschrift des behandelnden Arztes oder gesetzlicher Vertreter des Arztes | Datum (TT/MM/JJ)     |
| <input type="text"/>                                                        | <input type="text"/> |
| Physician's Name or Stamp                                                   | Klinik/Hospital      |
| <input type="text"/>                                                        |                      |
| Adresse                                                                     |                      |
| <input type="text"/>                                                        | <input type="text"/> |
| Telefon / Mobiltelefon                                                      | Email                |