



## Tauchsportärztliche Untersuchung

Vorname/Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Stadt \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

Diese Person kann aus medizinischer Sicht, den Tauchsport ohne Bedenken ausüben

Ja    Nein      Folgeuntersuchung nach  1Jahr  2 Jahren

Bemerkung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

### Adresse der Arztes

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Stadt \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_