

# Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

**Teilnehmer Name**

**Geburtsdatum**

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die oben genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie [uhms.org](http://uhms.org) für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

## Untersuchungsergebnis

- Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.
- Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Unterschrift approbierter Arzt oder anderweitig gesetzlich bestellter medizinischer Dienstleister

Datum (TT/MM/JJJJ)

**Name des medizinischen  
Untersuchers**

**Akademischer Grad /  
medizinische Zulassung**

**Klinik/Krankenhaus**

**Adresse**

**Tel.**

**Email**

Arzt / Klinik Stempel (optional)

Erstellt von [Diver Medical Screen Committee](#) in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**