



ÄRZTLICHES ATTEST

KURSTEILNEHMER/IN

Name _____

Adresse _____

geb. am _____ in _____

Telefon _____

Email _____

Beruf _____

VOM ARZT / DER ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN

Die angegebene Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung im Rettungsschwimmen. Beurteilen Sie aus medizinischer Sicht die Rettungsschwimmtauglichkeit.

Hinweis: Bei der Ausbildung zum Rettungsschwimmer muss die körperliche Leistungsfähigkeit gewährleistet sein, da Bergungsgriffe, Streckentauchen und Tieftauchen erlernt werden müssen (Herz-Kreislauf-, Lungen- und Trommelfellbelastung).

- Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Rettungsschwimmen als unvereinbar erachte.
- Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person nicht für die Ausbildung zum/zur Rettungsschwimmer/in empfehlen.

Bemerkungen _____

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel