



TANULÓ

(kérjük nyomtatott betűvel olvashatóan kitölteni)



Név _____ Születési dátum ____ / ____ / ____ Kor ____

Levelezési cím (utca) _____

Város _____ Megye _____

Ország _____ Irányítószám _____

Telefon (____) _____ Telefon 2 (____) _____

FAX(____) _____ e-mail _____ @ _____ .

A házi orvos neve és címe

Orvos _____ Kórház/rendelő _____

Cím _____ - _____ Telefon (____) _____

Utolsó vizsgálat időpontja _____

Vizsgálatot végrehajtó neve _____ Kórház/rendelő _____

Cím _____ Telefon (____) _____

Volt-e orvosi vizsgálatnak alávetve búvárkodás miatt? Igen Nem Ha igen, mikor ____ / ____ / ____

ORVOS

A fent említett személy sűrített-levegős könnyűbúvár tanfolyamra jelentkezik vagy jelenleg könnyűbúvárként van nyilvántartva. Kérjük adjon véleményt a megnevezett személy egészségügyi állapotáról a sűrített-levegős könnyűbúvárkodás szempontjából. Kérem, szíveskedjen átnézni a Kedvtelési Búvárkodás Egészségügyi Vizsgálathoz kiadott útmutatót.

Az orvos szakvéleménye

- Nem találtam semmi olyan egészségügyi problémát, amely összeférhetetlen a sűrített-levegős könnyűbúvárkodással.
 A megvizsgált személynek nem javaslom a sűrített-levegős könnyűbúvárkodást.

Megjegyzés _____

Átnéztem a Kedvtelési Búvárkodás Egészségügyi Vizsgálathoz kiadott útmutatót.

Dr. _____
Vizsgáló orvos aláírása

P.H.

Dátum _____

Orvos _____ Kórház/rendelő _____

Cím _____ Telefon (____) _____