

KANDIDAT

Prosimo pišite čitljivo.

Ime in priimek _____

Datum rojstva _____ Starost _____

Naslov s pošto številko _____

Država _____

Telefon doma, mobilni _____ Telefon v službi _____

Elektronska pošta _____

Ime in naslov družinskega ali osebnega zdravnika.

Zdravnik _____

Zdravstveni dom, bolnica _____

Naslov _____

Telefon _____

Datum zadnjega zdravniškega pregleda _____

Ime zdravnika, ki ga je opravil _____

v _____

Telefon _____ Elektronska pošta _____

Ste zaradi potapljanja že morali opraviti zdravniški pregled? DA NE Če DA, kdaj? _____

ZDRAVNIK

Ta oseba je kandidat za tečaj potapljanja (z avtonomno potapljaško opremo). Prosimo za vaše mnenje o njegovem zdravstvenem stanju. Preberite priložena *Navodila za zdravniške preglede rekreativnih potapljačev*.

MNENJE ZDRAVNIKA

Kandidatovo zdravstveno stanje dovoljuje potapljanje.

Kandidatu odsvetujem potapljanje.

OPOMBE: _____

Seznanil sem se z *Navodili za zdravniški pregled rekreativnih potapljačev*.

Podpis zdravnika _____ Datum _____

Naslov _____

Zdravstveni dom, bolnica _____

Telefon _____ Elektronska pošta _____