

## KANDIDAT

---

Prosimo pišite čitljivo.

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Datum rojstva \_\_\_\_\_ Starost \_\_\_\_\_

Naslov s poštno 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 \_\_\_\_\_