

*Anschrift des Arztes*

---

---

---

---

## Ärztliche Tauglichkeitsbestätigung

(nicht älter als 1 Jahr)

Für Bewerber des Deutschen Rettungsschwimmerabzeichen in Gold

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

geb. am

\_\_\_\_\_

Status der Wirbelsäule

\_\_\_\_\_

Funktion von Herz und Kreislauf

\_\_\_\_\_

Einfache Sehprüfung

\_\_\_\_\_

Einfache Hörprüfung

\_\_\_\_\_

Prüfung des Gleichgewichtssinn

\_\_\_\_\_

Unversehrtheit der Trommelfelle

Es besteht keine physisch bedingten Einwände gegen das Durchführen der für die Ablegung der Prüfung „Deutsches Rettungsschwimmabzeichen – Gold“ erforderlichen Übung wie 30 m Streckentauchen, Tauchen bis 5 m Wassertiefe, 300 m Flossenschwimmen, Tragen einer gleichschweren Person auf den Schultern, Herausziehen einer gleichschweren Person über den Beckenrand.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes

Arztstempel