

**Ärztlicher Nachweis über das Ergebnis zur medizinischen Tauglichkeit
eines Bewerbers/einer Bewerberin in der Sportbootschiffahrt**

| | |
|------------------------------------|---|
| Name, Vorname des/der Untersuchten | |
| Geburtsdatum und -ort | Ausgewiesen durch Vorlage (Personalausweis oder Reisepass oder anderes Identitätsdokument) |

Hinweis: Die Feststellung der medizinischen Tauglichkeit erfolgt anhand der Kriterien in Anlage 2 der Sportbootführerscheinverordnung (veröffentlicht unter www.gesetze-im-internet.de des Bundesministeriums für Justiz)

Die untersuchte Person wurde hinsichtlich ihrer körperlichen Fähigkeiten mit folgendem Ergebnis untersucht:

| | |
|---|--------------------------|
| Untauglich | <input type="checkbox"/> |
| Tauglich | <input type="checkbox"/> |
| Tauglichkeit befristet bis * | <input type="checkbox"/> |
| Tauglich mit einer oder mehrerer der folgenden Beschränkungen | <input type="checkbox"/> |
| 01 Sehhilfe (Brille und/oder Kontaktlinsen) erforderlich | <input type="checkbox"/> |
| 02 Hörhilfe erforderlich | <input type="checkbox"/> |
| 03 Prothesen der Gliedmaßen erforderlich | <input type="checkbox"/> |
| 04 Begleitperson erforderlich | <input type="checkbox"/> |
| 05 Nur bei Tageslicht | <input type="checkbox"/> |
| 07 Beschränkt auf einzelnes und/oder angepasstes Fahrzeug** | <input type="checkbox"/> |
| | |
| 08 Beschränkter Bereich** | <input type="checkbox"/> |
| | |
| 09 Sonstige, tauglichkeitsbezogene Auflage** | <input type="checkbox"/> |
| | |

Name, Anschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

* Nur anzuwenden, wenn dies in Teil 1 der Anlage 2 ausdrücklich vorgesehen oder dies in ähnlich gelagerten Fällen angebracht ist.

** Bitte näher bezeichnende Auflage zu Code 09 in Druckbuchstaben in untenstehende Vorgabe eintragen und nicht über Zeilenlänge hinaus ausfüllen.

| |
|------------------------------------|
| Name, Vorname des/der Untersuchten |
|------------------------------------|

Angaben zur Sehteststelle

Eine Bescheinigung einer anerkannten Sehteststelle mit der Bestätigung eines ausreichenden Sehvermögens hat vorgelegen.

 Ja

Name der anerkannten Sehteststelle: _____

Anschrift der Sehteststelle: _____

Datum der Untersuchung: _____

 Nein, die Untersuchung erfolgte durch die Unterzeichnerin/den Unterzeichner**Angaben zum Hörgeräteakustikbetrieb**

Eine Bescheinigung des Hörgeräteakustikbetriebes mit der Bestätigung des ausreichenden Hörvermögens hat vorgelegen.

 Ja

Name des Hörgeräteakustikbetriebes: _____

Anschrift des Hörgeräteakustikbetriebes: _____

Datum der Untersuchung: _____

 Nein, die Untersuchung erfolgte durch die Unterzeichnerin/den Unterzeichner

Name, Anschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin