

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](http://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