

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)

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

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

** 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