

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

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

Name und Vorname des untersuchenden Arztes/der untersuchenden Ärztin Dr. med. Roderich Bahr	
Anschrift Kirchheimer Str. 71, 70619 Stuttgart	Telefonische Erreichbarkeit +49 711 475959

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 medizinischen Tauglichkeit 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"/>
	XX
08 Beschränkter Bereich**	<input type="checkbox"/>
	XX
09 Sonstige, tauglichkeitsbezogene Auflage**	<input type="checkbox"/>
	XX

* 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 07-09 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

Nein

Name der anerkannten Sehteststelle: _____

Anschrift der Sehteststelle: _____

Datum der Untersuchung: _____

Angaben zum Hörgeräteakustikbetrieb

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

Ja

Nein

Name des Hörgeräteakustikbetriebes: _____

Anschrift des Hörgeräteakustikbetriebes: _____

Datum der Untersuchung: _____

(Ort, Datum)

Stempel mit Anschrift und
Unterschrift des Arztes/der Ärztin