

## 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"/>

\*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.

Unterschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

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**

Unterschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin