

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

siehe Anlage 2 der Sportbootführerscheinverordnung <https://www.gesetze-im-internet.de/spfv>

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	
Anschrift	Telefonische Erreichbarkeit

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"/>
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.

Angaben zur Sehteststelle

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

Ja

Nein

(Name, Anschrift, Ort der anerkannten Sehteststelle, Datum)

Angaben zum Hörgeräteakustikbetrieb

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

Ja

Nein

(Name, Anschrift, Ort des Hörakustikerbetriebs, Datum)

(Ort, Datum)

(Stempel mit Anschrift und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)