

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<br>.....<br>(Personalausweis oder Reisepass oder anderes<br>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](http://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