

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)

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 körperlichen Fähigkeiten mit folgendem Ergebnis untersucht:

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**	☐

Praxis Nautic-Fit
 Kättkenstraße 10
 33790 Halle
 praxis@nautic-fit.de
 05201 / 817886



Name, Anschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

* 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.

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**

Praxis Nautic-Fit
Kättkenstraße10
33790 Halle
praxis@nautic-fit.de
05201 / 817886



Name, Anschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin