

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)

|                                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
|                                                               |                          |

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

\*\* 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

Name, Anschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin