nautiCLUB bootsschulen

KURS

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)

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	☐
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**	☐
	XX
08 Beschränkter Bereich**	☐
	XX
09 Sonstige, tauglichkeitsbezogene Auflage**	☐
	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

DOC DATE
--CGN--

DOC DATE in KÖLN und DÜSSELODRF | Service by nautiCLUB

Wir bieten die ärztliche Untersuchung für unsere Kunden bei uns in der Schule an; wöchentlich im Wechsel zwischen Köln und Düsseldorf. Zur Buchung einfach den QR Code scannen und in die WhatsApp-Gruppe schreiben. Termine stehen in der Gruppenbeschreibung.

Bitte beachte: Die Untersuchung ist keine Leistung von nautiCLUB und somit auch nicht Teil der Kursgebühr oder Abrechnung.

DOC DATE
--DUS--

DOC DATE
--MaWi--

DOC DATE in MAINZ und WIESBADEN | Service by nautiCLUB

Über den QR code oder den Link: www.sbf.kann.dental könnt ihr bequem online eine Termin in Mainz oder Wiesbaden buchen.

Bitte beachte: Die Untersuchung ist keine Leistung von nautiCLUB und somit auch nicht Teil der Kursgebühr oder Abrechnung