

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

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	<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"/>

ARZT: bitte BEIDE SEITEN
stempeln und unterschreiben

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 Zellenlänge 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**

**ARZT: bitte BEIDE SEITEN
stempeln und unterschreiben**

Name, Anschrift/Stempel mit Anschrift/Telefon

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

DOC DATE

--CGN--



**DOC DATE in KÖLN, DÜSSELDORF und DORTMUND
als Service von nautiCLUB**

Wir bieten die ärztliche Untersuchung für unsere Kunden regelmäßig in unseren Schulen an.

Zur Buchung einfach den QR Code scannen und in der 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--



**INFO
zum Attest**



Weitere Informationen zum Umfang der Untersuchung findet ihr in unserem Blog, zu erreichen über den QR-Code links oder nauticlub.de/blogeintrag/aerztliches-attest-tauglichkeitsnachweis

DOC DATE

-- ALT. & DOR--

