

## Ärztliches Zeugnis über die Untersuchung der Tauglichkeit als Schiffsführer in der Rheinschifffahrt

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vornamen

Geburtstag, -ort

Ausgewiesen durch

<b>I.</b>	<b>Sehvermögen</b>					
	1. Tagessehschärfe					
		links	rechts		links	rechts
	<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe			<input type="checkbox"/> mit Sehhilfe		
	2. Dämmerungssehvermögen <sup>1)</sup>				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3. Dunkeladaption <sup>1)</sup> ausreichend				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	4. Gesichtsfeld ohne Einschränkungen perimetrische Untersuchung <sup>1)</sup>				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	5. Farbunterscheidungsvermögen ausreichend Prüfung mit Anomaloskop <sup>1)</sup>				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6. Motilität unauffällig				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Untersuchungsergebnis</b>			<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> ausreichend mit Sehhilfe <input type="checkbox"/> nicht ausreichend		
<b>II.</b>	<b>Hörvermögen</b>					
	Hörverluste überschreiten 40 dB in den Frequenzen 500, 1000, 2000 und 3000 Hz			Hörgerät	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
				links	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
				rechts	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<b>Untersuchungsergebnis</b>			<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> ausreichend mit Hörgerät <input type="checkbox"/> nicht ausreichend		
<b>III.</b>	<b>Krankheiten oder körperliche Mängel</b>					
	Anzeichen für sonstige Krankheiten oder körperliche Mängel, die die Tauglichkeit als Schiffsführer ausschließen oder einschränken					
				<input type="checkbox"/> liegen nicht vor	<input type="checkbox"/> liegen vor	

### Gesamturteil

Als Schiffsführer

- tauglich  
 eingeschränkt tauglich (Hinweise für Auflagen siehe Rückseite)  
 eingeschränkt tauglich mit Hörgerät  
 eingeschränkt tauglich mit Sehhilfe  
 untauglich

Ort, Datum

Unterschrift / Siegel / Stempel

<sup>1)</sup> Nur in Zweifelsfällen prüfen. Anforderungen und Prüfmethode: siehe Anlage B1

