

Arbeitsmedizinischer Dienst

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

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

Familiennamen, ggf Geburtsnamen, Vornamen

Geburtsdatum, -ort

Ausgewiesen durch

<b>I.</b>	<b>Sehvermögen</b>					
	1. Tagesschärfe					
	<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe	links	rechts	<input type="checkbox"/> mit Sehhilfe	links	rechts
	2. Dämmerungsvermögen <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		
Untersuchungsergebnis		<input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> ausreichend mit Sehhilfe <input type="checkbox"/> nicht ausreichend				
<b>II.</b>	<b>Hörvermögen</b>		Hörgerät	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Hörverluste überschreiten 40 dB in		links	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	den Frequenzen 500, 1000, 2000 und 3000 Hz		rechts	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Untersuchungsergebnis		<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

1) Nur in Zweifelsfällen prüfen, Anforderungen und Prüfmethoden, siehe Anlage B1

