

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

Arbeitsmedizinischer Dienst

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

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname(n)

Geburtsdatum, -ort

Ausgewiesen durch

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

**Gesamturteil**

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.

