

Medical Center Stücki Park
 Hochbergerstrasse 70
 4057 Basel
 061 561 77 81
amd.stp@prevomed.ch

Ärztliches Zeugnis über die Untersuchung der Tauglichkeit in der Rheinschifffahrt

Arbeitsmedizinischer Dienst

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, Vornamen

Geburtsdag, -ort

Ausgewiesen durch

I.	Sehvermögen						
	1. Tagessehschärfe	<input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe	links	rechts	<input type="checkbox"/> mit Sehhilfe	links	rechts
	2. Dämmerungsehvermögen ¹				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	3. Dunkeladaption ¹ ausreichend				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	4. Gesichtsfeld ohne Einschränkungen perimetrische Untersuchung ¹				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	5. Farbumscheidungsvermögen ausreichend Prüfung mit Anomaloskop ¹				<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
II.	Hörvermögen		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 3000Hz		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	
III.	Krankheiten oder körperliche Mängel						
	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	<input type="checkbox"/> tauglich <input type="checkbox"/> eingeschränkt tauglich (Hinweise für Auflagen, siehe Rückseite) <input type="checkbox"/> eingeschränkt tauglich mit Hörgerät <input type="checkbox"/> eingeschränkt tauglich mit Sehhilfe <input type="checkbox"/> untauglich
---------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift / Siegel / Stempel

¹ Nur in Zweifelsfällen prüfen. Anforderungen und Prüfmethoden: siehe Anlage B1.

Bemerkungen zu Abschnitt III - Krankheiten oder körperliche Mängel

Dotted lines for writing.