



Anhang 2b zur Richtlinie Medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen

| Angaben zur sich bewerbenden oder triebfahrzeugführenden Person: | |
|---|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Unternehmen: | |
| Ausweis-Nr.: | |

| Ergebnis: | |
|---|--|
| Tauglichkeitsuntersuchung durchgeführt von: | |
| Name des Instituts: | |
| Datum der Untersuchung: | |
| <input type="checkbox"/> | Anforderungsstufe 1 |
| <input type="checkbox"/> | Anforderungsstufe 2 |
| <input type="checkbox"/> | Erste Untersuchung nach Art. 13 VTE |
| <input type="checkbox"/> | Periodische Untersuchung nach Art. 40 VTE |
| <input type="checkbox"/> | Ausserordentliche Untersuchung / Beurteilung nach Art. 12 und 13 STEBV |
| <input type="checkbox"/> | tauglich |
| <input type="checkbox"/> | Sehhilfe erforderlich (b.1) |
| <input type="checkbox"/> | Hörhilfe erforderlich (b.2) |
| <input type="checkbox"/> | untauglich |
| <input type="checkbox"/> | bedingt tauglich |
| <input type="checkbox"/> | verkürzte Periodizität → nächste Untersuchung bis am: |
| <input type="checkbox"/> | Einschränkungen: |
| <input type="checkbox"/> | Deuteranomalie / Grünschwäche (Fahrbereich ist durch Unternehmen nach Anhang 5a festzulegen) |
| <input type="checkbox"/> | Protanomalie / Rotschwäche (Fahrbereich ist durch Unternehmen nach Anhang 5a festzulegen) |

| |
|---|
| Bemerkungen: |
| Medizinische Tauglichkeitsuntersuchung gültig bis: |
| Ort, Datum, Stempel und Unterschrift Vertrauensarzt / Vertrauensärztin: |