



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: