ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG DES FARBUNTERSCHEIDUNGSVERMÖGENS

ZUR VORLAGE BEIM YACHTSPORTVERBAND ÖSTERREICHS

Bitte ärztlich ausfüllen und die zutreffende Beurteilung ankreuzen.

1 ANGABEN ZUR KANDIDATIN / ZUM KANDIDATEN

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

2 ÄRZTLICHE BEURTEILUNG

Die oben genannte Person wurde hinsichtlich ihres Farbunterscheidungsvermögens untersucht. Nach ärztlicher Beurteilung ist dieses zum Untersuchungszeitpunkt:

☐ **ausreichend**

☐ **nicht ausreichend**

Untersuchungsmethode / verwendetes Testverfahren (ggf.)

Bemerkungen (ggf.)

Diese Bestätigung bezieht sich ausschließlich auf das Farbunterscheidungsvermögen.
Sie enthält keine Beurteilung der sonstigen gesundheitlichen Eignung.

3 ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG UND FERTIGUNG

Ort / Untersuchungsdatum

Name der Ärztin / des Arztes

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Arztstempel