

**Ärztliches Gutachten zum Nachweis des ausreichenden
Farbunterscheidungsvermögens nach Seeschiffahrts-Verordnung §202 Abs. 2**

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Der Farbttest wurde durchgeführt:

- | | |
|--|--------------------------|
| Farnsworth Panel D | <input type="checkbox"/> |
| Ishihara nach den Tafeln | <input type="checkbox"/> |
| Stilling/Velhagen | <input type="checkbox"/> |
| Boström | <input type="checkbox"/> |
| HRR (Ergebnis mindestens „leicht“), | <input type="checkbox"/> |
| TMC (Ergebnis mindestens „second degree“), | <input type="checkbox"/> |
| Holmer-Wright B | <input type="checkbox"/> |

Der Nachweis des Farbunterscheidungsvermögens des Bewerbers bzw. der Bewerberin wurde gemäß obigem Test erbracht:

- ja
nein

Datum:

Stempel + Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes