

Anlage 3_____
(Polizeibehörde/-einrichtung)_____
(Datum)**Ärztliche Beurteilung der Kraftfahrtauglichkeit**Herr/Frau _____ geb. am _____
(Vor- und Zuname)_____
(Dienststelle)

ist auf die Eignung zum Führen von Polizeikraftfahrzeugen ärztlich untersucht worden.

Er/Sie ist geeignet
Polizeikraftfahrzeuge der Klasse

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| A | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| A1 | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| B | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| BE | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| C | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| C1 | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| CE | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| C1E | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| D | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| DE | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| D1 | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| D1E | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |
| M | ☐ | ☐ ausgenommen Einsatzfahrten nach § 35 oder § 38 StVO |

zu führen.

Einschränkungen/Auflagen/Bemerkungen:

Im Auftrag

(Polizei-Arzt)