

.....
(Polizeibehörde/-einrichtung)

.....
(Datum)

Ärztliche Beurteilung der Kraftfahrtauglichkeit

Ich bitte

Herrn/Frau

geb. am

.....
(Dienststelle)

auf die Eignung

zum Führen von Polizeikraftfahrzeugen der Klasse(n)

zur Durchführung der Personenbeförderung in Polizeikraftfahrzeugen

mit bis zu 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz

mit mehr als 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz

zu untersuchen.

Bemerkungen:

Im Auftrag

.....
(Unterschrift)