

.....  
(Polizeibehörde/-einrichtung)

.....  
(Datum)

**Ärztliche Beurteilung der Kraftfahrtauglichkeit**

Ich bitte

Herrn/Frau .....

geb. am .....

.....  
(Dienststelle)

auf die Eignung

- zum Führen von Dienstkraftfahrzeugen der Polizei der Klasse(n) .....
- zur Durchführung der Personenbeförderung in Dienstkraftfahrzeugen der Polizei
  - mit bis zu 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz
  - mit mehr als 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz

zu untersuchen.

Bemerkungen:

Im Auftrag

.....  
(Unterschrift)