

.....  
(Polizeibehörde/-einrichtung)

.....  
(Datum)

**Ärztliche Beurteilung der Kraftfahrtauglichkeit**

Herr/Frau .....

geb. am .....

.....  
(Dienststelle)

ist auf die Eignung zum Führen von Dienstkraftfahrzeugen der Polizei ärztlich untersucht worden.

Er/Sie ist geeignet

Dienstkraftfahrzeuge der Polizei der Klasse(n) .....

zu führen,

Personenbeförderung in Dienstkraftfahrzeugen der Polizei

mit bis zu 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz

mit mehr als 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz

durchzuführen.

Einschränkungen/Auflagen/Bemerkungen:

.....  
(Unterschrift)