

Ärztliche Bescheinigung

über die körperliche Eignung zum Umgang mit explosivgefährlichen Stoffen

- Laden und Wiederladen von Munition**
- Schießen mit Vorderladern**
- Schießen mit Böllern**
-

(spezielle Tätigkeit hier erläutern)

Hiermit wird bescheinigt, dass Herr/Frau _____
geb. am: _____ für die oben genannte sprengstofftechni-
sche Tätigkeit geeignet ist und die

- Sehfähigkeit
- Farbsehtüchtigkeit
- Hörfähigkeit
- Gebrauchsfähigkeit der Hände
- Körperliche Beweglichkeit
- Sprachliche Verständigung

für die oben genannten Arbeiten ausreichend sind (gegebenenfalls Rücksprache mit Betriebs-
arzt)

Weiterhin wird bescheinigt, dass

- keine Hinweise auf folgende Erkrankungen bestehen
 - Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bzw. sonstige Suchterkrankungen
 - Psychische Erkrankungen bzw. Debität
- keine gesundheitlichen Störungen bestehen aus der sich eine konkrete Gefahr einer Ei-
gen- oder Fremdgefährdung ergeben kann (z.B. Epilepsie, schlecht eingestellter Diabetes
mellitus).
- Sollten sich die oben aufgeführten Punkte nicht zweifelsfrei erklären lassen, ist eine zu-
sätzliche (fach-)ärztliche Untersuchung zu veranlassen.

Untersucht am _____ in _____

Datum und Unterschrift des Arztes
