

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

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)