

Kapitänspatent - Seen und Flüsse  
Schiffsführerpatent – 10 m  
Schiffsführerpatent – 10 m - Seen und Flüsse  
Schiffsführerpatent – 20 m - Seen und Flüsse

Geistige und körperliche Eignung gemäß § 126 Abs. 1 und 2 Schifffahrtsgesetz – SchFG, BGBl. I Nr. 62/1997 in  
der Fassung Art. 155 BGBl. I Nr. 111/2010

Ergänzung zum ärztlichen Gutachten gemäß § 8 Führerscheingesetz – FSG

## Farbunterscheidungsvermögen

der Bewerberin bzw. des Bewerbers:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zusätzlich zu den Voraussetzungen für die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Gruppe B gemäß § 2 Führerscheingesetz (FSG) hat die Bewerberin bzw. der Bewerber um ein Schiffsführerpatent – 10 m (inkludiert auch das Schiffsführerpatent – 10 m – Seen und Flüsse) und zusätzlich zu den Voraussetzungen für die Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Gruppe C gemäß § 2 Führerscheingesetz (FSG) um ein Schiffsführerpatent – 20 m – Seen und Flüsse das Farbunterscheidungsvermögen durch einen anerkannten medizinischen Test nachzuweisen. Die geistige und körperliche Eignung ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen, das zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als drei Monate sein darf.

Der Nachweis wird mittels Farnsworth Panel D15 Test oder einen anerkannten Farbtafeltest erbracht. In Zweifelsfällen Prüfung mit dem Anomaloskop, wobei der Anomal-Quotient bei normaler Trichromasie zwischen 0,7 und 1,4 liegen muss, oder mit einem anderen anerkannten gleichwertigen Test.

Nachstehender Farbtafeltest wurde durchgeführt:

- Farnsworth Panel D15
- Ishihara nach den Tafeln 12 bis 14,
- Stilling/Velhagen,
- Boström,
- HRR (Ergebnis mindestens „leicht“),
- TMC (Ergebnis mindestens „second degree“),
- Holmer-Wright B (Ergebnis höchstens 8 Fehler bei „small“).

Prüfung mit Anomaloskop durchgeführt:

- ja                       nein

Der Nachweis des Farbunterscheidungsvermögens des Bewerbers bzw. der Bewerberin wurde gemäß obigem Test erbracht:

- ja                       nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin