



**Anhang 2c, Seite 1 zur Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen
Bestätigung der Person**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Allgemeine Bedingungen

Die VTE regelt in den Artikeln 13 und 40, die ZSTEBV in den Artikeln 10 und 26 und die STEBV in den Artikeln 12 und 13 die grundsätzlichen Bestimmungen der medizinischen Untersuchung wie Periodizität der Untersuchungen, Meldung beeinträchtigter Leistungsfähigkeit der Personen, die wahrheitsgetreue Angabe medizinischer Fakten bzw. die Beschränkung des Geltungsbereiches.

Aufbewahrung der Bestätigungen (Anhang 2c):

- **Ein Exemplar in den Akten des Arztes oder der Ärztin**
- **Ein Exemplar geht an das Unternehmen**
- **Ein Exemplar geht an die untersuchte Person**

Die untersuchte Person bestätigt hiermit, dass sie die allgemeinen Bedingungen zur Kenntnis genommen und alle Angaben zur Person wahrheitsgetreu beantwortet hat. Mit ihrer Unterschrift gibt sie ihr Einverständnis, dass der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin, der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin, sowie die mit Spezialuntersuchungen beauftragten Fachpersonen medizinische oder psychologische Auskünfte und Unterlagen über sie einholen oder austauschen dürfen. Sie nimmt zur Kenntnis, dass die Angabe falscher oder die Verheimlichung wesentlicher Tatsachen zu einem späteren Zeitpunkt dazu führen kann, dass eine Bescheinigung durch das Eisenbahnunternehmen nicht erteilt oder jederzeit befristet, unbefristet oder dauernd abgenommen werden kann. Sie gibt zudem ihr Einverständnis, dass alle sie betreffenden medizinischen Unterlagen bei einem allfälligen Wechsel des Vertrauensarztes bzw. der Vertrauensärztin an den/die Nachfolger/in übergeben werden. Zudem ist sie damit einverstanden, dass Abweichungen beim Farbsinn sowie die allfällige Feststellung eines gelegentlichen Konsums von Cannabis dem Unternehmen mitgeteilt werden können.

Ort, Datum:

Unterschrift:



Anhang 2c, Seite 2 zur Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen

Angaben zur Person:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Unternehmen:	
Personal-Nr:	

Ergebnis:	
Untersuchung/Testung durchgeführt von:	
Name des Instituts:	
Datum der Untersuchung:	
<input type="checkbox"/>	Anforderungsstufe 1
<input type="checkbox"/>	Anforderungsstufe 2
<input type="checkbox"/>	Anforderungsstufe 3
<input type="checkbox"/>	Erste Untersuchung
<input type="checkbox"/>	Periodische Untersuchung
<input type="checkbox"/>	Ausserordentliche Untersuchung / Beurteilung nach Art. 12 und 13 STEBV
<input type="checkbox"/>	tauglich
<input type="checkbox"/>	Sehhilfe erforderlich (b.1)
<input type="checkbox"/>	Hörhilfe erforderlich (b.2)
<input type="checkbox"/>	untauglich
<input type="checkbox"/>	bedingt tauglich
<input type="checkbox"/>	verkürzte Periodizität → nächste Untersuchung bis am:
<input type="checkbox"/>	Einschränkungen:
<input type="checkbox"/>	Deuteranomalie / Grünschwäche (Einsatzgebiet ist durch Unternehmen nach Anhang 5 a/b festzulegen)
<input type="checkbox"/>	Protanomalie / Rotschwäche (Einsatzgebiet ist durch Unternehmen nach Anhang 5 a/b festzulegen)

Bemerkungen:
Medizinische Tauglichkeitsuntersuchung gültig bis:
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift Vertrauensarzt / Vertrauensärztin: