



Seediensttauglichkeitszeugnis German Medical Certificate

Dieses Zeugnis entspricht den Anforderungen nach dem Internationalen Übereinkommen über Normen für die Ausbildung, die Erteilung von Befähigungszeugnissen und den Wachdienst von Seeleuten von 1978 in der jeweils geltenden Fassung (STCW-Übereinkommen) und dem Seearbeitsübereinkommen 2006 (MLC)

T E S T Z E U G N I S
This certificate complies with the requirements according to the International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers, 1978 (STCW), as amended, and according to the Maritime Labour Convention, 2006 (MLC)

| | |
|---|-----|
| Identifizierungsnummer Identification Number | 533 |
|---|-----|

| | |
|-----------------|---------|
| Name Surname | Seemann |
|-----------------|---------|

| | |
|---------------------------|--------|
| Vorname(n) Forename(s) | Kuddel |
|---------------------------|--------|

| | | | | | | |
|-------------------------------|------------|----------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------|
| Geburtsdatum Date of birth | 13.11.1957 | Geschlecht Gender | <input checked="" type="checkbox"/> männlich male | <input type="checkbox"/> weiblich female | Staatsangehörigkeit: Nationality: | deutsch German |
|-------------------------------|------------|----------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------|

| | |
|-----------------------------------|--|
| Dienstzweig(e): Occupation(s): | Decksdienst / technischer Dienst / elektrotechnischer Dienst / Küchendienst und Bedienung / übriger Schiffsdienst Deck service / Engine department / Electro-technical department / Catering service / Other services |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Das Besatzungsmitglied hat sich am Untersuchungstag ausgewiesen Identification documents were checked at the point of examination | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No |
|--|---|-------------------------------------|

Ich bestätige, dass folgende Tauglichkeitskriterien untersucht wurden und den Anforderungen nach den geltenden Vorschriften entsprechen.
I confirm that the following fitness criteria have been assessed and meet the standards.

| | | | | | |
|------------------------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Hörvermögen Hearing | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No | Hörvermögen ohne Hörgerät ausreichend Unaided hearing satisfactory | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No |
|------------------------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|

| | | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Sehvermögen Visual Acuity | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No | Tauglich als Ausguck Fit for look-out duties | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No |
|------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|

| | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Sehhilfe(n) (Brille, Kontaktlinsen) Visual Aid(s) (Spectacles, Contact Lenses) | <input type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | Muss im Dienst Sehhilfe tragen und Ersatz mit sich führen Has to wear Visual Aid on duty and to keep a spare pair available |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|

| | | | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|------------|
| Farbsehvermögen Colour vision | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No | <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich Not required | Datum der letzten Untersuchung Date of the last colour vision test | 01.09.2013 |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|------------|

| | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|
| Einschränkungen Restrictions | <input checked="" type="checkbox"/> Ja Yes | <input type="checkbox"/> Nein No | Genaue Angaben der Einschränkungen: Specified: | Konsequentes Tragen persönlichen Gehörschutzes erforderlich Has consequently to wear protective ear covers |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|

Das Besatzungsmitglied ist frei von Gesundheitsstörungen, von denen anzunehmen ist, dass sie sich durch den Dienst auf See verschlimmern, es seedienstuntauglich machen oder die Gesundheit und Sicherheit anderer Personen an Bord gefährden können.
The seafarer is free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render him unfit for such service or to endanger the health of other persons on board.

| | |
|---|------------|
| Datum der Untersuchung Date of examination | 01.09.2013 |
|---|------------|

| | |
|------------------------------|------------|
| Gültig bis Date of expiry | 01.09.2015 |
|------------------------------|------------|

Mit dieser Unterschrift bestätigt das Besatzungsmitglied, dass es über den Inhalt des Zeugnisses sowie sein Recht auf eine Überprüfung nach Absatz 6 Abschnitt A-1/9 des STCW-Codes belehrt worden ist.
The seafarer confirms that he has been informed of the content of the certificate and of the right to a review in accordance with paragraph 6 of section A-1/9 of STCW-Code.



Autorisierungsstempel
Authorization stamp

| | |
|---|---|
| Stempel des zugelassenen Arztes oder des Arztes des seeärztlichen Dienstes Stamp of authorized physician or physician of the German Maritime Medical Service | Herr Dr. Hein Seemann Reimerstwiete 2 20457 Hamburg |
|---|---|

Seemann

Unterschrift des Seefahrers
Seafarer's signature

Dr. H. Seemann

Unterschrift des zugelassenen Arztes oder des Arztes des seeärztlichen Dienstes
Signature of authorized physician or physician of the German Maritime Medical Service