

## Einwilligung zur Durchführung der polizeiärztlichen Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
wohnhaf in (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Hiermit willige ich in die Durchführung der polizeiärztlichen Untersuchung im Rahmen des Eignungs- und Auswahlverfahrens der Polizei Rheinland-Pfalz ein.

Diese umfasst unter anderem:

- körperliche Untersuchung
- Sehtest
- Hörtest
- Lungenfunktionstest
- Belastungs-EKG
- Urinkontrolle
- fotografische sowie in Textform beschreibende Dokumentation bei etwaigem Vorliegen von Hautveränderungen, sonstigen Auffälligkeiten sowie Tätowierungen

Darüber hinaus erkläre ich mich mit der Weitergabe der vorstehenden Informationen an die Verwaltung der Einstellungsbehörde einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigkeit Unterschrift der  
Erziehungsberechtigten