



MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

| | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|-------------------|------------------|---|--|
| (201) Untersuchungs-kategorie Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/> | (202) Größe cm | (203) Gewicht kg | (204) Augen-farbe | (205) Haar-farbe | (206) Ruheblutdruck mmHg systolisch diastolisch | (207) Ruhepuls Frequenz Rhythmus |
| Klinische Untersuchung jeder Punkt ist abzufragen | | | Normal | Abnormal | Normal Abnormal | |
| (208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut | | | | | (218) Bauch, Hernien, Leber, Milz | |
| (209) Mundhöhle, Rachen, Zähne | | | | | (219) Anus, Rektum | |
| (210) Nase, Nasennebenhöhlen | | | | | (220) Harn- und Geschlechtsorgane | |
| (211) Ohren, Trommelfell, Trommelfellbeweglichkeit | | | | | (221) Endokrines System | |
| (212) Augen, Orbita und Adnexe, Gesichtsfeld | | | | | (222) obere und untere Extremität, Gelenke | |
| (213) Augen, Pupillen, Augenhintergrund | | | | | (223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat | |
| (214) Augen, Beweglichkeit, Nystagmus | | | | | (224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.) | |
| (215) Lunge, Thorax, Brust | | | | | (225) psychiatrische Untersuchung | |
| (216) Herz | | | | | (226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem | |
| (217) Gefäßsystem | | | | | (227) Gesamteindruck | |
| (228) Bemerkungen: Nicht normale Befunde sind zu beschreiben und mit der zutreffenden Ziffer zu versehen. | | | | | | |

Sehschärfe

| | | | | |
|------------------------|----------------------|-----------|------------|------|
| (229) Fernvisus in 5 m | Brille/Kontaktlinsen | | | |
| Re. Auge unkorrt. | | korr. auf | | |
| Li. Auge unkorrt. | | korr. auf | | |
| Bd. Augen unkorrt. | | korr. auf | | |
| (230) Zwischenvisus | unkorrigiert | | korrigiert | |
| N9 in 100 cm | ja | nein | ja | nein |
| rechtes Auge | | | | |
| linkes Auge | | | | |
| beide Augen | | | | |
| (231) Nahvisus | unkorrigiert | | korrigiert | |
| N1 in 30-50 cm | ja | nein | ja | nein |
| rechtes Auge | | | | |
| linkes Auge | | | | |
| beide Augen | | | | |

| | |
|---|---|
| (236) Lungenfunktion | (237) Hämoglobin |
| Peak Flow l/min | g/dl |
| normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/> | normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/> |
| Begleitbefunde | nicht durchgeführt normal nicht normal |
| (238) EKG | |
| (239) Audiometrie | |
| (240) augenfachärztliche Untersuchung | |
| (241) HNO-fachärztliche Untersuchung | |
| (242) Thorax-Röntgenaufnahme | |
| (243) Lipidstatus | |
| (244) Lungenfunktionstest | |
| (245) EEG | |
| Sonstige | |

(232) Brille

| | | | | |
|---|---|----------|-------|--------------------|
| ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | (233) Kontaktlinsen | | | |
| Art: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Art: | | |
| Refraktion | Sphäre | Zylinder | Achse | Add. f. Presbyopie |
| rechtes Auge | | | | |
| linkes Auge | | | | |

(234) Hörvermögen

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------|------|
| (wenn 241 nicht durchgeführt) | rechtes Ohr | | linkes Ohr | | | |
| Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Arzt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | | |
| Audiometrie | | | | | | |
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 8000 |
| rechts | | | | | | |
| links | | | | | | |

(235) Hamalanalyse

| | | | |
|---------------------------------|--------|-----------------------------------|-----------|
| Normal <input type="checkbox"/> | | Abnormal <input type="checkbox"/> | |
| Glukose | Eiweiß | Blut | Sonstiges |
| | | | |

(246) Farberkennung:

| | | | |
|------------------------------|--------------------|--------------|--------------|
| Pseudoisochromatische Tafeln | | Art: | |
| Anzahl d. Tafeln: | Anzahl d. Fehler : | linkes Auge: | rechts Auge: |

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:

| | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Name des Bewerbers: _____ | | | |
| Geburtsdatum: _____ | | | |
| Erreichte Tauglichkeitsklasse | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | andere <input type="checkbox"/> |
| Ausgestelltes Tauglichkeitszeugnis | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | anderes <input type="checkbox"/> |
| Untauglichkeit Klasse 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> | | | |
| (entsprechenden JAR-FCL 3 Paragraphen angeben) | | | |
| <input type="checkbox"/> Zur weiteren Klärung abgegeben. Wenn ja, warum und an wen? | | | |

(248) Bemerkungen, Einschränkungen, Auflagen:

(249) Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen:

| | |
|--|---|
| Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine flugmedizinische Praxisgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt. | |
| (250) Ort und Datum: | Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen (in Großbuchstaben) |
| Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen: | |
| Telefon: | |
| Telefax: | |
| Stempel mit Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen: | |