

Medizinischer Untersuchungsbericht für die Klassen 1 und 2

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(201) Untersuchungskategorie Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/>	(202) Größe (cm)	(203) Gewicht (kg)	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck mmHg systolisch diastolisch	(207) Ruhepuls Frequenz (min) Rhythmus rhythm. <input type="checkbox"/> arrhythm. <input type="checkbox"/>
--	---------------------	-----------------------	------------------	-----------------	---	--

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 Extremitäten, Gelenke
(213) Augen-Pupillen, Augenhintergrund	(223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat
(214) Augen-Beweglichkeit, Nystagmus	(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)
(215) Lunge, Thorax, Brust	(225) Mentaler Status und Verhalten
(216) Herz	(226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem
(217) Gefäßsystem	(227) Gesamteindruck

(228) **Bemerkungen:** (Nicht normale Befunde sind unter Angabe der entsprechenden Ziffer zu beschreiben)

Sehschärfe

(229) Fernvisus

in 5m/ 6m	unkorrigiert	Brille	Kontaktli.
rechtes Auge		korr. auf	
linkes Auge		korr. auf	
beide Augen		korr. auf	

(230) Zwischenvisus

in 100cm	unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge		
linkes Auge		
beide Augen		

(231) Nahvisus

in 30-50cm	unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge		
linkes Auge		
beide Augen		

(232) **Brille** (233) **Kontaktlinsen**

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Art:		Art:	
Refraktion	Sphäre	Zylinder	Achse
			Add. für Presbyopie
rechtes Auge			
linkes Auge			

(313) **Farberkennung** normal abnormal

pseudoisochromatische Tafeln	Typ: Ishihara (24 Tafeln)
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:

(234) **Hörvermögen**
(wenn 239/241 nicht durchgeführt) re. Ohr li. Ohr

Umgangssprache in 2 m	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
mit dem Rücken zum Untersucher	nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Audiometrie

Hertz	500	1000	2000	3000
rechts				
links				

(249) Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen:

Hiermit erkläre ich, dass ich / unsere Gruppe flugmedizinischer Sachverständiger den in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe / hat und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine / unsere Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(250) Ort und Datum:	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	E-Mail: Telefon: Telefax:	

(236) Lungenfunktion

(236) **Lungenfunktion** (237) **Hämoglobin**

FEV ₁ /FVC _____ %	_____ (Einheit)
normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>

(235) **Urinanalyse** normal nicht normal

Glukose	Eiweiß	Blut	Sonstiges
---------	--------	------	-----------

Begleitbefunde

	nicht durchgeführt	normal	abnormal	Kommentar
(238) EKG				
(239) Audiometrie				
(240) augenärztl. Untersuchung				
(241) HNO-ärztl. Untersuchung				
(242) Lipidstatus				
(243) Lungenfunktionstest				
(244) Sonstiges (bitte angeben):				

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:

Name des Bewerbers:	Geburtsdatum:	Referenz-Nummer:
<input type="checkbox"/> Tauglich für Klasse: _____ <input type="checkbox"/> Untauglich für Klasse: _____ <input type="checkbox"/> Tauglichkeitszeugnis durch den Unterzeichner ausgestellt für Klasse: _____ (Kopie beigelegt) <input type="checkbox"/> Weiterführende Abklärung durch Überweisung an einen anderen Arzt/Psychologen. Wenn ja, warum und an wen? <input type="checkbox"/> An die Genehmigungsbehörde verwiesen. Wenn ja, warum und an welche? <input type="checkbox"/> Konsultation durchgeführt. Wenn ja, mit wem und wann?		
(248) Bemerkungen, Einschränkungen:		