LBA

HNO- Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN — MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:	(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis Klasse 1 ☐ Klasse 2 ☐	
(3) Familienname:	(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☒ Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung ☐
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum: (7) Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐	(13) Referenz-Nummer:

(401) Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen: Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen des Berichtes und einzelner oder aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und ggf. den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss der medizinischen Beurteilung Verwendung finden und in den Besitz der Genehmigungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften Zugang gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmed. Sachverständigen
----------	----------	----------

(402) Untersuchungskategorie:

Erstuntersuchung	☒
Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	☐
Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung	☐

(403) HNO Anamnese:

Klinische Untersuchung

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut		
(405) Mundhöhle, Zähne		
(406) Pharynx		
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschl. vordere Rhinoskopie		
(408) Gleichgewichtssinn einschl. Romberg-Test		
(409) Sprache		
(410) Nasennebenhöhlen		
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell		
(412) pneumatische Otoskopie		
(413) Impedanztympanometrie, Valsalva-Manöver (nur bei Erstuntersuchung)		

Ergänzende Untersuchungen (falls indiziert)

	nicht durchgeführt	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie			
(415) Hintere Rhinoskopie			
(416) EOG; Spontan- und Lagerungsnystagmus			
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung			
(418) Starre oder flexible Laryngoskopie			

(421) **HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:**

(419) **Reintonaudiometrie**

dB (Hörschwelle)

Hz	rechtes Ohr	linkes Ohr
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) **Audiogramm**

o = rechts, x = links, - - - = Luftleitung, . . . = Knochenleitung

dB	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

(422) **Erklärung des untersuchenden Arztes (HNO-Arztes):**

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

(423) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des untersuchenden HNO-Arztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes:	E-Mail: Telefon: Telefax:	