Medizinischer Untersuchungsbericht für die Klassen 1 und 2

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN — MEDIZINISCH VERTRAULICH

(201)Untersuchungskategorie	(202) Größe (cm)	(203) Gewicht (kg)	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck mmHg		(207) Ruhepuls	
					systolisch	diastolisch	Frequenz (min)	Rhythmus
Erstuntersuchung ☒ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung ☐ erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung ☐								rhythm. ☐ arrhythm. ☐

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**

ja ☐ nein ☑
Art:

(233) **Kontaktlinsen**

ja ☐ nein ☑
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 mit dem Rücken zum Untersucher	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐

Audiometrie

Hertz	500	1000	2000	3000
rechts				
links				

(236) **Lungenfunktion**

FEV_1/FVC _____ %

normal ☐ nicht normal ☐

(237) **Hämoglobin**

_____ _____ (Einheit)

normal ☐ nicht normal ☐

(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: _____

☐ Tauglich für Klasse: _____ ☐ Untauglich für Klasse: _____

☐ Tauglichkeitszeugnis durch den Unterzeichner ausgestellt für Klasse: _____ (Kopie beigefügt)

☐ Weiterführende Abklärung durch Überweisung an einen anderen Arzt/Psychologen. Wenn ja, warum und an wen?

☐ An die Genehmigungsbehörde verwiesen. Wenn ja, warum und an welche?

☐ Konsultation durchgeführt. Wenn ja, mit wem und wann?

(248) **Bemerkungen, Einschränkungen:**

(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:	