

Anlage 2 zur 1. DV LuftVZO

MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

VERTRAULICH

(201) Untersuchungskategorie Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> 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 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) Psyche
(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

	Unkorr.	Brille	Kontaktl.
rechtes Auge		korr. auf	
linkes Auge		korr. auf	
Bd. Augen		korr. auf	

(230) Zwischenvisus

in 100 cm		unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(231) Nahvisus

in 30-50 cm		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:	

(245) **Refraktion**

Sphäre	Zylinder	Achse
rechtes Auge		
linkes Auge		

(242) **Binokularsehen**

ja nein

(313) **Farberkennung**

Ishihara 24 Tafel-Version

Anzahl der Tafeln	
Anzahl der Fehler	
normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>
farbensicher <input type="checkbox"/>	nicht farbensicher <input type="checkbox"/>

(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						

(236) **Lungenfunktion**

FEV1/VC	%		g/dl
normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>

(237) **Hämoglobin**

(235) **Urinanalyse**

Glukose	Eiweiß	Blut	Sonstiges
		normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>

Begleitbefunde

	nicht durchgeführt	normal	Nicht normal
(238) EKG			
(239) Audiometrie			
(240) augenärztliche Untersuchung			
(241) HNO-ärztliche Untersuchung			
(243) Lipidstatus			
(244) Lungenfunktionstest			
(246) Sonstige			

(247) **Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:**

Name des Bewerbers: _____

Geburtsdatum: _____

Erreichte Tauglichkeitsklasse 1 2 keine

Ausgestelltes Tauglichkeitszeugnis 1 2 anderes kein

Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigert

Zur weitergehenden Überprüfung abgegeben. Wenn ja, warum und an wen?

(248) **Bemerkungen, Auflagen, Einschränkungen:**

(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)	Stempel mit Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	Telefon:	
	Telefax:	