



MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Deutschland

Vertraulich

(201) Untersuchungskategorie <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerung <input type="checkbox"/> Erneuerung <input type="checkbox"/> Initiiert/Spezielle	(202) Größe cm	(203) Gewicht kg	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck		(207) Ruhepuls	
					mmHg		bpm	
					systolisch	diastolisch	Frequenz	Rhythmus <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig

Klinische Untersuchung (jeder Punkt ist abzufragen)	Normal		Abnormal			Normal		Abnormal	
(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Bauch, Hernien, Leber, Milz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Mundhöhle, Rachen, Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, Rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nase, Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Harn- und Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Ohren, Trommelfell, Trommelfellbeweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Endokrines System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Augen, Orbita und Adnexe, Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) obere und untere Extremität, Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Augen, Pupillen, Augenhintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Augen, Beweglichkeit, Nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Lunge, Thorax, Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Mentaler Status und Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sehschärfe
(229) Fernvisus (in 5m/6m)

rechtes Auge	unkorrigiert		korrigiert auf		Brille	Kontaktlinsen
linkes Auge	unkorrigiert		korrigiert auf			
beide Augen	unkorrigiert		korrigiert auf			

(236) Lungenfunktion

FEV1 / FVC	%	(237) Hämoglobin	g/dl
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nicht normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nicht normal

(230) Zwischenvision

Zwischenvision in 100cm

rechtes Auge	unkorrigiert		korrigiert auf		Brille
linkes Auge	unkorrigiert		korrigiert auf		
beide Augen	unkorrigiert		korrigiert auf		

(235) Urinanalyse

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

(231) Nahvisus

Nahvisus in 30-50cm

rechtes Auge	unkorrigiert		korrigiert auf		Brille
linkes Auge	unkorrigiert		korrigiert auf		
beide Augen	unkorrigiert		korrigiert auf		

Begleitbefunde

	nicht durchgeführt	normal	nicht normal
(238) EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) augenärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) HNO-fachärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipidstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Lungenfunktionstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonometrie R: L: mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Sonstige (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Brille

Ja Nein

(233) Kontaktlinsen

Ja Nein

Art:	Refraktion	Sphäre	Zylinder	Achse	Add. für Presbyopie
	rechtes Auge				
	linkes Auge				

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:

Name des Bewerbers: _____

Geburtsdatum: **Invalid Date!** Referenznummer: _____

tauglich Klasse

Tauglichkeitszeugnis Klasse

untauglich Klasse

Zur weiteren Klärung abgeben. Wenn ja, warum und an wen?

(313) Farberkennung normal nicht normal

Pseudoisochromatische Tafeln Typ: _____ Anzahl der Tafeln: _____

Weiterführende Untersuchungen der Farberkennung _____

Untersuchungsmethode: _____

(234) Hörvermögen (wenn 239/241 nicht durchgeführt)

	rechtes Ohr	linkes Ohr
Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Untersucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Audiometrie	500	1000	2000	3000
Rechts				
Links				

(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 (in Druckbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:		