

Medizinischer Untersuchungsbericht für LAPL

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		(207) Ruhepuls	
					systolisch	diastolisch	Frequenz (min)	Rhythmus rhythm. <input type="checkbox"/> arrhythm. <input type="checkbox"/>

Klinische Untersuchung jeder Punkt ist abzufragen

(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	normal	abnormal	(218) Bauch, Hernien, Leber, Milz	normal	abnormal
(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 zu beschreiben und mit der zutreffenden Ziffer zu versehen)					

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** FEV₁/FVC _____ %

(237) **Hämoglobin** _____ (Einheit)

normal nicht normal normal nicht normal

(235) **Urinanalyse** normal nicht normal

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

Begleitbefunde

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

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

Name des Bewerbers: _____ Geburtsdatum: _____ Referenz-Nummer: _____

Tauglich für LAPL

Tauglichkeitszeugnis für LAPL durch den Unterzeichner ausgestellt (Kopie beigelegt)

Untauglich für LAPL

Zur weiteren Prüfung verwiesen. Wenn ja, warum und an wen?

AeMC/AME:

Genehmigungsbehörde:

(248) **Bemerkungen, Einschränkungen:**

(249) **Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen:**
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.

(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:	