

## Vertraulich!

### Flugmedizinische Tauglichkeitsuntersuchung / Bewerberbogen

Vorname, Name:	Geburtsname:	
Geburtsdatum:	in	
Anschrift:		
Erstuntersuchung: <input type="radio"/>	Nachuntersuchung: <input type="radio"/>	Kontrolluntersuchung: <input type="radio"/>
Gewicht: kg	Größe: cm	Datum:

Ihre Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Um Beurteilen zu können, ob Gesundheitsstörungen die die Flugtauglichkeit beeinflussen vorliegen, bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten:

- Ich möchte die Unterlagen zugesendet bekommen
- Ich hole die Unterlagen selbst ab

#### Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheitszeichen oder Erkrankungen:

#### Zutreffendes bitte ankreuzen:

	nein	ja
1. Seh- und Farbsehstörungen? Grauer oder Grüner Star, Glaukom, Bindehautentzündung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nasenerkrankungen: chronischer Schnupfen, plötzliches Niesen, Nasenlaufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Geruchs-, Geschmacksstörungen? Metallischer Mundgeschmack? Zahnfleischerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hörstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Langandauernder oder häufiger Husten, Hustenreiz, Auswurf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lungen-, Rippenfellentzündung, Steinstaublunge, Asbestlunge, Tuberkulose, Sarkoidose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kurzluftigkeit, Asthma, Atemnot, blutiger oder eitriger Auswurf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? Durchblutungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgegend? Herzstolpern? Unregelmäßiger Herzschlag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Herzinfarkt? Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen? Oberbauchbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Durchfall, Verstopfung, Völlegefühl, Blut im Stuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Lebererkrankung, Gelbsucht? Gallenkolik, Gallensteinleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nierenerkrankung, Nierenkolik, Blut im Urin, Blasenkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	nein	ja
--	------	----

- |   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
| 17. Leistenbruch? Nabelbruch?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 18. Diabetes (Zuckerkrankheit)?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 19. Gicht, Rheuma? Mb.Bechterew? Wirbelsäulen- und Gelenkleiden?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 20. Hauterkrankungen: Ekzem, Hautgeschwüre, Warzen, Hautkrebs, Hautpilz?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 21. Akne, Überfettung der Haut, zu trockene Haut, starke Schweißneigung?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 22. Allergische Erkrankungen (auf z.B. Tierhaare, Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen), Heuschnupfen, Hautjucken und Ekzeme, Augenbindehautentzündung? Allergisches Asthma? | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 23. Geschwülste, Tumore, Krebsleiden?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 24. Krebserkrankungen in der Familie?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 25. Bluterkrankung? Blutungsneigung, häufige blaue Flecken?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 26. Gehirn- oder Nervenerkrankung, Nervenlähmung, Multiple Sklerose, Geisteskrankheit?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 27. Missempfindungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl in den Gliedmaßen?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 28. Schwindelgefühl, Gleichgewichtsstörungen? Verwirrtheit?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 29. Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Epilepsie, Krampfanfälle, Anfallsleiden?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 30. Nervosität, Verstimmungen, Niedergeschlagenheit? Vegetative Labilität?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 31. Ständiges Durstgefühl?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 32. Suchtkrankheiten oder Suchtneigungen (Alkohol, Medikamente, Drogen)?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 33. Schlafstörungen?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 34. Sind Sie Raucher (Wieviel Zigaretten, Zigarren, Tabak täglich)?   | Stk. <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 36. Neigen Sie zu chronischen Entzündungen oder Eiterungen?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 37. Haben Sie jemals mit krebsverursachenden Substanzen gearbeitet?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 38. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 39. Treiben Sie regelmäßig Sport? Welche Sportarten?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 40. Haben oder hatten Sie andere Erkrankungen, nach denen nicht gefragt wurde?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 41. Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren?  | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |
| 42. Verweigerung einer Tauglichkeitsuntersuchung?   | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/> |

Ich habe alle Fragen des Arztes **wahrheitsgetreu beantwortet** und nichts verschwiegen, was zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von Bedeutung ist.

Datum:

Unterschrift: