

# MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

**Vertraulich**

|  |                              |                                |                  |                 |                             |             |                |  |
|--|------------------------------|--------------------------------|------------------|-----------------|-----------------------------|-------------|----------------|--|
| (201) Untersuchungskategorie<br><input type="checkbox"/> Erstuntersuchung<br><input type="checkbox"/> Verlängerung<br><input type="checkbox"/> Erneuerung<br><input type="checkbox"/> Spezial Untersuchung | (202) Größe<br><br><b>cm</b> | (203) Gewicht<br><br><b>kg</b> | (204) Augenfarbe | (205) Haarfarbe | (206) Ruheblutdruck<br>mmHg |             | (207) Ruhepuls |  |
|  |                              |                                |                  |                 | systolisch                  | diastolisch | Frequenz       | Rhythmus<br><input type="checkbox"/> regelmäßig<br><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) innere Sekretion                               | <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                     | <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) Psyche   | <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 zu beschreiben und mit der zutreffenden Ziffer zu versehen.

Sehschärfe Birkhäuser  
(229) Fernvisus (in 5m/6m)

|                     |                          |                |                          |        |                          |               |                          |
|---------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| rechtes Auge unkor. | <input type="checkbox"/> | korrigiert auf | <input type="checkbox"/> | Brille | <input type="checkbox"/> | Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge unkor.  | <input type="checkbox"/> | korrigiert auf | <input type="checkbox"/> |        |                          |               |                          |
| beide Augen unkor.  | <input type="checkbox"/> | korrigiert auf | <input type="checkbox"/> |        |                          |               |                          |

(230) Zwischenvisus

|               |                          |                          |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| N14 at 100 cm | unkorrigiert             |                          | korrigiert               |                          |
|               | Ja                       | Nein                     | Ja                       | Nein                     |
| rechtes Auge  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beide Augen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) Nahvisus

|                |                          |                          |                          |                          |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| N5 at 30-50 cm | unkorrigiert             |                          | korrigiert               |                          |
|                | Ja                       | Nein                     | Ja                       | Nein                     |
| rechtes Auge   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beide Augen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) Brille  
 Ja  Nein

(233) Kontaktlinsen  
 Ja  Nein

Art:

|              |                          |                          |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Refraktion   | sphärisch                | zylindrisch              | Achse                    | Nah-Addition             |
| rechtes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(313) Farbsehen  normal  nicht normal

Pseudoisochromatische Tafeln Typ:

Tafeln: Anzahl der Fehler:

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

|   |  |  |                          |                          |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
|   | rechtes Ohr  | linkes Ohr   |                          |                          |
| Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Arzt | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |                          |                          |
| Audiometrie                                   |  |  |                          |                          |
| Hz  | 500  | 1000   | 2000                     | 3000                     |
| Rechts  | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Links   | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**(248) Bemerkungen, Auflagen:**

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

Hiermit erkläre ich, daß ich bzw. meine flugmedizinische Praxismgemeinschaft 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) | Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen: |
| Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen: |   |  |

(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 |

(235) Harnanalyse

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

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) Blutfettstatus                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (243) Lungenfunktionstest            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (320) Tonometrie L: R: mmHg          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:

Name des Bewerbers:  
Geburtsdatum:

taugliche Klasse  
 Tauglichkeitszeugnis Klasse  
 untaugliche Klasse

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