

Anlage 5

a) Inhalt des flugmedizinischer Untersuchungsberichtes der flugmedizinischen Stelle an die zuständige Behörde gemäß § 34 Abs. 1 Luftfahrtgesetz bei Tauglichkeitsuntersuchungen gemäß § 5 Abs. 1 Z 1 und Z 2 in Verbindung mit Anlage 2 (JAR-FCL 3):

Medizinischer Untersuchungsbericht:

**austro**  
**CONTROL** MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

ÖSTERREICH						Vertraulich			
(201) Untersuchungskategorie <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung	(202) Größe  cm	(203) Gewicht  kg	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck mm Hg		(207) Ruhepuls		
					systolisch	diastolisch	Frequenz	Rhythmus	
Klassische Untersuchung (jeder Punkt ist abzufragen) normal/leicht normal									
			Normal	Abnormal				Normal	Abnormal
(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<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"/>	(219) Gastro-intestinal Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(210) Nase, Nasennebenhöhlen	<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"/>	(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"/>	(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"/>	(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"/>	(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(216) Lunge, Thorax, Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) psychiatrische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(216) Herz	<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"/>	(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 Brillenutzer**

(229) Fernvisus (in 5m/6m) Brille Kontaktlinsen

rechtes Auge unkorrr.		korrigiert auf		
linkes Auge unkorrr.		korrigiert auf		
beide Augen unkorrr.		korrigiert auf		

(230) Zwischenvisus  
N4 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  
N6 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 (233) Kontaktlinsen

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art:	Art:
Refraktion sphärisch zylindrisch	Achse Nah-Addition
rechtes Auge	
linkes Auge	

(234) Hörvermögen rechtes Ohr linkes Ohr

Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Arzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sprachaudiometrie				
Hz	500	1000	2000	3000
Rechts				
Links				

(235) Harnanalyse  normal  nicht normal

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

(236) Lungenfunktion (237) Hämoglobin

Spirometrie Peak Flow	l/min	g/dl		
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nicht normal		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nicht normal	

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) Thorax-Röntgenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Blutstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Lungenfunktionstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(245) EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(246) Farbensehen

Pseudoisochromatische Tafeln Typ:

Anzahl der Tafeln: Anzahl der Fehler:

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:

Name des Bewerbers:

Geburtsdatum:

taugliche Klasse  
 Tauglichkeitszeugnis Klasse ausgestellt  
 untaugliche Klasse (JAR-FCL 3, Abs. )

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

(248) Bemerkungen, Einschränkungen, Auflagen:

(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:	

No 101(a) MEDICAL EXAMINATION REPORT

Augenärztlicher Untersuchungsbericht:



**AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT**

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

ÖSTERREICH

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	(13) System Referenznummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:		(14) Art der beantragten Lizenz:

(201) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)

(202) Untersuchungskategorie: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs- / Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung	(203) Ophthalmologische Vorgeschichte:
--	--

Klinische Untersuchung: jedes Kästchen ausfüllen	normal	abnormal
(204) äußeres Auge, Lider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(205) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(206) Lage und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(207) Gesichtsfeld (Konfrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(208) Pupillenreflexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Fundi (Ophthalmoskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Konvergenz	cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Akkommodation	D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(212) Augenmuskellgleichgewicht (in Prismendioptrien)	
Ferne in 5/6 m	Nähe in 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Phorie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fusionsreserve: <input type="checkbox"/> nicht geprüft <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal	

(213) Farbsehen	
Pseudoisochromatische Tafeln	Typ:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Untersuchungsmethode: <input type="checkbox"/> farbentsicher <input type="checkbox"/> nicht farbentsicher	

(221) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:
--

(222) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes): Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.
--

Ort und Datum:	Name und Adresse des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes	Telefon: Telefax:	

No 192(a) OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT

HNO-Ärztlicher Untersuchungsbericht:

**austro**

**CONTROL**

**HNO-ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT**

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

ÖSTERREICH

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beanztragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname:		(4) früherer Familienname:	
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:	
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:	
		(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
		(12) Antrag auf <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
		(13) System Referenznummer:	
		(14) Art der beantragten Lizenz:	
<p>(401) <b>Einverständniserklärung:</b> Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.</p>			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(402) <b>Untersuchungskategorie:</b> <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung	(403) <b>HNO-ärztliche Vorgeschichte:</b>
--	---

Klinische Untersuchung:  
Jedes Kästchen ausfüllen

	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Mundhöhle, Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschließlich vordere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Gleichgewichtssinn einschließlich Romberg-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatische Otoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedanztympanometrie Valsalva-Manöver (nur Erstuntersuchung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

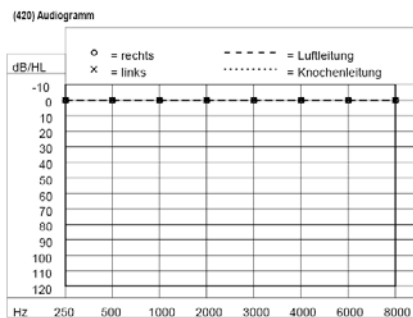
Zusatzuntersuchungen  
(falls indiziert)

	nicht durchgeführt	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Hintere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG, Spontan- und Lagennystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Spiegel- und Glasfaserlaryngoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) **Reintonaudiometrie**

db (Hörverlust)

Hz	Luftleitung		Knochenleitung	
	rechtes Ohr	linkes Ohr	rechtes Ohr	linkes Ohr
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				



(421) **HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:**

(422) **Erklärung des untersuchenden Arztes (HNO-Arzt):**  
Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

(423) Ort und Datum:	Name und Adresse des HNO-Arzt (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes	Telefon: Telefax:	

b) Inhalt des flugmedizinischer Untersuchungsberichtes der flugmedizinischen Stelle an die zuständige Behörde gemäß § 34 Abs. 1 Luftfahrtgesetz bei Tauglichkeitsuntersuchungen gemäß § 5 Abs. 1 Z 3 lit. b:

# Fliegerärztlicher Untersuchungsbefund A

(Zuname)

Zu- und Vorname ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

Nationalität ..... Beruf ..... Stand .....

oB	B	<b>Psychische Beurteilung</b>
		Anamnese (Schulversagen, Kontakt- und Familienschwierigkeiten, Selbstmordversuch, Verurteilungen beachten bzw. erfragen)
		Psychische Auffälligkeiten (Motivation, Kontaktfähigkeit, Kurz-, Langzeitgedächtnis)
		Verdacht auf Charakterstörungen, Psychopathien, Psychosen, Süchtigkeit
		Neurosen (Stottern, Nägelbeißen, Bettnässen bis ..... Jahre)
		Psychischer Gesamteindruck
nein	ja	Fachärztlicher Befund, eventuell verkehrspsychologisches Gutachten nötig?

oB	B	<b>Körperbau:</b> Größe .....cm; Gewicht .....kg; Gewicht bei der letzten Untersuchung .....kg
		Allgemeinzustand
		Haut – Durchblutung – Ausschläge – Muskulatur, Narben
		Wirbelsäule
		Extremitäten, Gelenke

oB	B	<b>Kopf – Gesicht – Hals</b>	Sprache	oB	B
		Mundhöhle	Zähne, Prothese		
		Nase	Tonsillen		
		Nebenhöhlen	Lymphknoten, Narben		

**Augen** (bei Erstuntersuchung für Berufspiloten und Flugverkehrskontrolloren ist ein fachärztlicher Befund erforderlich)

nein	ja	Brillen-/Kontaktlinsenträger: Dioptrien Ferne re.: ..... li.: ..... Nähe re.: ..... li.: .....				
oB	B	Fernvisus	unkorrigiert	korrigiert	Sehtauglichkeitsgrad	
		re.	li.	re.		li.
ja	nein	Nahvisus	Jäger 3	Jäger 3	1	2
aus	cm					
oB	B	Augenbewegung – Nystagmus – Heterophorie				
		Pupillenreaktion auf Licht und Konvergenz				
		Gesichtsfeld für weiß				
		Farbensehen, Methode: .....				
		Sonstiges (Nachtsehen, räumliches Sehen, brechende Medien, Augenhintergrund)				
nein	ja	Muß zum Fliegen Brillen tragen		nein	ja	Fachärztlicher Befund nötig?

oB	B	<b>Ohren</b>	Audiometrie						
		Flüstersprache	re. ....m	li. ....m	500	1000	2000	3000	Hz
		Konversationsprache	re. ....m	li. ....m	dB Verlust re.				
		Otoskopie	dB Verlust li.						
		Tuben, Valsalva	Hörtauglichkeitsgrad						
			1					2	

Zutreffendes ankreuzen!

**B**

oB	B	<b>Zentralnervensystem</b>		oB	B
		Reflexe (PSR, ASR)	Koordination, Tremor		
		Rhomberg	Vegetative Symptome		
		Unterberger	Hautsensibilität		
		Finger-Nasenversuch	Tiefensensibilität		
		Sonstiges:			

oB	B	<b>Thorax</b>	
		Luftwege	
		<b>Lungen</b> (Auskult., Perk.)	
		Lungen RÖ-Aufnahme/Durchleuchtung	Nächstes RÖ. notwendig: .....
		<b>Herz</b> (Geräusche – Aktion)	
		Sonstiges:	

oB	B	<b>Atmungs- und Kreislauffunktionen</b>	
		Gefäße – Peripherie (Pulse, Ödeme, Varizen)	
		Vitalkapazität .....	
		Atemanhaltetest: ..... Sekunden (normal: durchschnittl. 50 sec.)	
		<b>Konditionsbeurteilung des Kreislaufs</b>	<b>Art der Belastung (Stufentest, Fahrradergometer):</b>
		im Liegen	im Stehen
			während Belastung
			..... min nach Belastungsende
		Puls-HF	
		RR	

oB	B		
		Ruhe- EKG	Nächstes EKG notwendig: .....
		Belastungs-	

oB	B	<b>Abdomen</b>	<b>Laborbefunde</b>	oB	B
		Bauchdecken – Leber, Milz	Harn: Zucker		
		Hernien	Eiweiß	wenn pos.	
		Urogenitalsystem	Blutbefund: *)	Sediment	
		Sonstiges: (z. B. Haemorrhoiden, Narben)	Ery. *)	Leuko *)	
			Hb. *)	BSG. *)	
			Chemische Blutbefunde *) (BZ, Harnsäure, Transaminasen, Lipidbefunde)		
			Serologische Untersuchungen *)		

nein	ja	Sonstige Untersuchungen erforderlich?
		Sonstige Untersuchungen und Spezialbefunde:

\*) falls erforderlich.

C

<input type="checkbox"/>	Herr		
<input type="checkbox"/>	Frau	.....	bewirbt sich um
<input type="checkbox"/>	Frl.	(Name)	

<input type="checkbox"/>	Ausstellung eines	.....
<input type="checkbox"/>	Verlängerung des	.....

Letzte fliegerärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> keine Datum ..... bei .....	fliegerisch aktiv seit ..... Gesamtflugzeit ..... Stunden seit der letzten Untersuchung ..... Stunden	fliegerische Zwischenfälle seit der letzten Untersuchung <input type="checkbox"/> keine Datum ..... Art .....
---	---	---

## Gutachten

des fliegerärztlichen Sachverständigen

	Allgemeiner Gesundheitszustand: <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	2	3	4					Sehtauglichkeit: <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	2			Farbunterscheidungsvermögen: <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> gestört	Hörtauglichkeit: <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	1	2		
1	2	3	4																	
1	2																			
1	2																			
Erforderlicher <b>Mindesttauglichkeitsgrad</b> (Allgemeiner Gesundheitszustand/Sehtauglichkeit/Hörtauglichkeit):																				
1 1 1	3 2 2	2 1 1	4 1 1																	
<b>Tauglich zum:</b> <input type="checkbox"/> Berufspiloten <input type="checkbox"/> Berufspiloten I. Kl. <input type="checkbox"/> Linienpiloten <input type="checkbox"/> Berufs-Hubschrauberpiloten <input type="checkbox"/> Luftschiffpiloten	<input type="checkbox"/> Privatpiloten <input type="checkbox"/> Privat-Hubschrauberpiloten <input type="checkbox"/> Freiballonfahrer <input type="checkbox"/> Segelflieger <input type="checkbox"/> Hängegleiterflieger <input type="checkbox"/> Fallschirmspringer <input type="checkbox"/> Flugschüler	<input type="checkbox"/> Bordfunker <input type="checkbox"/> Bordtelephonisten <input type="checkbox"/> Bordtechniker <input type="checkbox"/> Bordnavigatoren	<input type="checkbox"/> Flugverkehrskontrollor																	
<input type="checkbox"/> Vorübergehend <b>untauglich wegen:</b> <input type="checkbox"/> Dauernd																				
Besondere Bemerkungen:																				
Ort, Datum:		Stempel und Unterschrift des Arztes:																		

Zutreffendes ankreuzen!