

(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:	
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:	
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:	
		(7) Geschlecht: männlich weiblich	
		(12) Antrag auf Erstuntersuchung Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
		(13) System Referenznummer:	
		(14) Art der beantragten Lizenz:	
<p><b>(301) 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)	

<p><b>(302) Untersuchungskategorie:</b> Erstuntersuchung erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung Sonstige Untersuchung</p>	<p><b>(303) Ophthalmologische Vorgeschichte:</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

**Klinische Untersuchung:**  
jedes Kästchen ausfüllen

	normal	abnormal
(304) äußeres Auge, Lider		
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)		
(306) Lage und Beweglichkeit		
(307) Gesichtsfeld (Konfrontation)		
(308) Pupillenreflexe		
(309) Fundi (Ophthalmoskopie)		
(310) Konvergenz	cm	
(311) Akkommodation	D	

**(312) Augenmuskelleichgewicht (in Prismendioptrien)**

Ferne in 5/6 m	Nähe in 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie	Phorie
ja      nein	ja      nein
Fusionsreserve:	normal      abnormal
nicht geprüft	

**(313) Farbsehen**

Pseudoisochromatische Tafeln	Typ:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich    Ja    Nein	
Untersuchungsmethode:	
farbensicher	nicht farbensicher

**(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:**

**(322) 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:	