

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 mmHg		(207) Ruhepuls	
					systolisch	diastolisch	Frequenz	Rhythmus
Klinische Untersuchung (jeder Punkt ist abzufragen) normal/nicht 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"/>
(215) 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 Birkhäuser

(229) Fernvisus (in 5m/6m)	Brille		Kontaktlinsen	
rechtes Auge unkorrr.	<input type="checkbox"/>	korrigiert auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge unkorrr.	<input type="checkbox"/>	korrigiert auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen unkorrr.	<input type="checkbox"/>	korrigiert auf	<input type="checkbox"/>	<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	(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				

(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) Blutfettstatus	<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) Farbsehen	Pseudoisochromatische Tafeln		Typ:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:		

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:		
Name des Bewerbers:		
Geburtsdatum:		
<input type="checkbox"/> taugliche Klasse	<input type="checkbox"/> Tauglichkeitszeugnis Klasse	ausgestellt
<input type="checkbox"/> untaugliche Klasse	(JAR-FCL 3, Abs.)
<input type="checkbox"/> Zur weiteren Klärung abgeben. Wenn ja, warum und an wen?		

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

(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:	