

Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer

BEWERBERFRAGEBOGEN (verbleibt beim Arzt)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus und bringen ihn zu ihrer ärztlichen Tauglichkeitsuntersuchung mit.

STEMPEL DER UNTERSUCHUNGSSTELLE →

Familiennamen		Geburtsdatum	
Vor- und ggf. Geburtsname		Geburtsort	
Straße		Staatsangehörigkeit	
PLZ / Wohnort		Beruf	
Letzte Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer (keine)	Springerische Zwischenfälle seit letzter Untersuchung (keine)	Gesamtsprungzahl Spr.	Erst - Untersuchung <input type="checkbox"/>
Datum	Datum	Seit letzter Untersuchung Spr.	Nach - Untersuchung <input type="checkbox"/>
Wo ?	Art?	Letzte 6 Monate Spr.	Kontroll - Untersuchung <input type="checkbox"/>
Im Fallschirmsport aktiv seit		Vorwiegend privat <input type="checkbox"/> Vorwiegend beruflich <input type="checkbox"/>	

Trafen oder treffen gegenwärtig eine oder mehrerer der folgenden Tatsachen für Sie zu?

	Nein	Ja		Nein	Ja
Häufige oder starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darm-/Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit / Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewußtseinsstörung o. Bewußtlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfverletzungen nach Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie/Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Unfallverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewöhnung an Medikamente o. Suchtmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewöhnung an Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck erhöht / erniedrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbsttötungsversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung von Gelenken / Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ärztliche Behandlung letzte 5 Jahre:

von - bis	Name/Anschrift von Klinik/ Arzt	Nein	Ja (Grund der Behandlung bitte angeben)

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:

Nein	Ja	Mittel	Grund	von . bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Wer bei dieser Untersuchung wissentlich oder grob fahrlässig falsche, unvollkommene oder zur Irreführung geeignete Angaben macht, setzt sich der Gefahr des Ausschlusses von der Ausbildung bzw. des Widerrufs der Erlaubnis aus. Der Bewerber kann sich zudem durch falsche Angaben selbst gefährden - ohne Verschulden des untersuchenden Arztes. Die Feststellung über Untauglichkeiten trifft der untersuchende Arzt. Im Fall der Überprüfung des Tauglichkeitsurteils kann sich der Bewerber an eine fliegerärztliche Untersuchungsstelle oder an einen Arzt des DFV e.V. wenden. Der Bewerber bestätigt, dass er hiervon Kenntnis genommen hat und mit der vorgesehenen Handlungsweise einverstanden ist Er erklärt des Weiteren, dass er sich körperlich fit fühlt und nicht an einer Erkrankung leidet, von der er glaube, dass sie zu einer gefährlichen Situation führen könne.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers