

Ärztliche Untersuchungsstelle

Dr. med. _____

TAUGLICHKEITSATTEST für Fallschirmspringer

Herr/Frau _____

geb. am _____ in _____

wurde am _____ zur Feststellung der **Tauglichkeit als Fallschirmspringer** untersucht.

Ergebnis der Untersuchung*:

- TAUGLICH
 NICHT TAUGLICH

Sehhilfe: Während des Springens ist eine Sehhilfe zu tragen

ja nein

Die Tauglichkeit wird für einen Zeitraum von 3 Jahren erteilt.

Bemerkungen (z.B. zeitliche Einschränkungen der Tauglichkeit oder Auflagen):

Bei Feststellung der Nichttauglichkeit:

Dem Bewerber wurde mitgeteilt, dass er eine Überprüfung der Feststellung durch einen speziellen Flugmediziner (AME Aeromedical Examiner) vornehmen lassen kann.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

* Zutreffendes bitte ankreuzen!

