

Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer

BEWERBERFRAGEBOGEN

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

STEMPEL DER UNTERSUCHUNGSSTELLE

Familienname	Geburtsdatum
Vor- und ggf. Geburtsname	Geburtsort
Strasse	Staatsangehörigkeit
PLZ / Wohnort	Beruf

Letzte Nachuntersuchung für Fallschirmspringer	Springerische Zwischenfälle seit letzter Untersuchung	Gesamtsprungzahl Sprünge	Erstuntersuchung
keine	keine		
Datum	Datum	Seit letzter Untersuchung Sprünge	Nachuntersuchung
Wo ?	Art ?	Letzte 6 Monate Sprünge	Kontrolluntersuchung

Im Fallschirmsport aktiv seit: _____ Vorwiegend privat: _____ Vorwiegend beruflich: _____

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

	Nein	Ja		Nein	Ja
Häufige oder starke Kopfschmerzen			Magen / Darm / Lebererkrankungen		
Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle			Zuckerkrankheit / Diabetes		
Bewusstseinsstörung oder Bewusstlosigkeit			Blut im Urin		
Kopfverletzungen nach Unfall			Epilepsie / Anfälle		
Sonstige Unfallverletzungen			Nervliche Beschwerden		
Augenbeschwerden			Gewöhnung an Medikamente oder Suchtmittel		
Ohrenbeschwerden			Gewöhnung an Alkohol		
Blutdruck erhöht / erniedrigt			Selbsttötungsversuch		
Herzbeschwerden			Erkrankung von Gelenken / Wirbelsäule		
Brustbeschwerden			Sonstige Erkrankungen		

Ärztliche Behandlung – letzte 5 Jahre:

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

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:

Nein	Ja	Mittel	von - bis	Grund

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 Untauglichkeit trifft der untersuchende Arzt. Im Fall der Überprüfung des Tauglichkeitsurteils kann sich der Bewerber an eine fliegerärztliche Untersuchungsstelle wenden. Der Bewerber bestätigt, dass er hiervon Kenntnis genommen hat und mit der vorgesehenen Handhabung einverstanden ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers