

Ärztliche Untersuchungsstelle

Dr. med. \_\_\_\_\_



## TAUGLICHKEITSATTEST für Fallschirmspringer

Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wurde am \_\_\_\_\_ zur Feststellung der Tauglichkeit als Fallschirmspringer untersucht.

Erstuntersuchung

Nachuntersuchung

Ergebnis der Untersuchung:

Tauglich

Nicht - Tauglich

Während des Springens ist eine Sehhilfe zu tragen

ja

Nein

Die regelmäßige Nachuntersuchung erfolgt nach 2 Jahren.

Früheste Nachuntersuchung spätestens am: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

Bei Feststellung der Nichttauglichkeit: Dem Bewerber wurde mitgeteilt, daß er eine Überprüfung der Feststellung durch eine fliegerärztliche Untersuchungsstelle vornehmen lassen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes