

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

NICHTTAUGLICH

Sehhilfe: Während des Springens ist eine Sehhilfe zu tragen ja nein

Die regelmäßige Nachuntersuchung erfolgt nach 2 Jahren.

Frühere Nachuntersuchung spätestens am: _____

Bemerkungen (z.B. zeitliche Einschränkungen 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