

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!

