

Anlage 5

a) Inhalt des flugmedizinischen Untersuchungsberichtes der flugmedizinischen Stelle an die zuständige Behörde gemäß § 34 Abs. 1 Luftfahrtgesetz bei Tauglichkeitsuntersuchungen gemäß § 5 Abs. 1 Z 1 und Z 2 in Verbindung mit Anlage 2 (JAR-FCL 3):

Medizinischer Untersuchungsbericht:

austro

CONTROL

MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

ÖSTERREICH					Vertraulich			
(201) Untersuchungskategorie ☐ Erstuntersuchung ☐ Verlängerungsuntersuchung ☐ Erneuerungsuntersuchung ☐ erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung	(202) Größe cm	(203) Gewicht kg	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck mm Hg		(207) Ruhepuls	
					systolisch	diastolisch	Frequenz	Rhythmus
Klassische Untersuchung (jeder Punkt ist abzufragen) normal/nicht normal								
					Normal	Abnormal		
(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut					☐	☐	(218) Bauch, Hernien, Leber, Milz	
(209) Mundhöhle, Rachen, Zähne					☐	☐	(219) Gastro-intestinal Trakt	
(210) Nase, Nasennebenhöhlen					☐	☐	(220) Harn- und Geschlechtsorgane	
(211) Ohren, Trommelfell, Trommelfellbeweglichkeit					☐	☐	(221) innere Sekretion	
(212) Augen, Orbita und Adnexe, Gesichtsfeld					☐	☐	(222) obere und untere Extremität, Gelenke	
(213) Augen, Pupillen, Augenhintergrund					☐	☐	(223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat	
(214) Augen, Beweglichkeit, Nystagmus					☐	☐	(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)	
(216) Lunge, Thorax, Brust					☐	☐	(225) psychiatrische Untersuchung	
(216) Herz					☐	☐	(226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem	
(217) Gefäßsystem					☐	☐	(227) Gesamteindruck	
(228) Bemerkungen: Nicht normale Befunde sind zu beschreiben und mit der zutreffenden Ziffer zu versehen.								

Sehschärfe Binkhäuser

(229) Fernvisus (in 5m/6m)	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge unkorrigiert	korrigiert auf	
linkes Auge unkorrigiert	korrigiert auf	
beide Augen unkorrigiert	korrigiert auf	

(230) Zwischenvisus N4 at 100 cm	unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
linkes Auge	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beide Augen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

(231) Nahvisus N5 at 30-50 cm	unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
linkes Auge	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
beide Augen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

(232) Brille	(233) Kontaktlinsen
☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Art:	Art:
Refraktion	sphärisch zylindrisch Achse
rechtes Auge	Nah-Addition
linkes Auge	

(234) Hörvermögen	rechtes Ohr	linkes Ohr
Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Arzt	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Sprachaudiometrie				
Hz	500	1000	2000	3000
Rechts				
Links				

(235) Harnanalyse	☐ normal	☐ nicht normal
Glukose		
Eiweiß		
Blut		
Sonstiges		

(248) Bemerkungen, Einschränkungen, Auflagen:

(249) Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen: Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine flugmedizinische Praxisgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(250) Ort und Datum:	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen (in Großbuchstaben)	Stempel mit Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	Telefon: Telefax:	

No 161(a) MEDICAL EXAMINATION REPORT

Augenärztlicher Untersuchungsbericht:

austro

CONTROL

AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

ÖSTERREICH

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Sonstige	
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf ☐ Erstuntersuchung ☐ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	(13) System Referenznummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:		(14) Art der beantragten Lizenz:
(201) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(202) Untersuchungskategorie: ☐ Erstuntersuchung ☐ erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung ☐ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung ☐ Sonstige Untersuchung	(203) Ophthalmologische Vorgeschichte:
---	--

Klinische Untersuchung: jedes Kästchen ausfüllen		normal	abnormal
(204) äußeres Auge, Lider		☐	☐
(205) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)		☐	☐
(206) Lage und Beweglichkeit		☐	☐
(207) Gesichtsfeld (Konfrontation)		☐	☐
(208) Pupillenreflexe		☐	☐
(209) Fundi (Ophthalmoskopie)		☐	☐
(210) Konvergenz	cm	☐	☐
(211) Akkommodation	D	☐	☐

(212) Augenmuskelleichgewicht (in Prismendioptrien)	
Ferne in 5/6 m	Nähe in 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie ☐ ja ☐ nein	Phorie ☐ ja ☐ nein
Fusionsreserve: ☐ nicht geprüft ☐ normal ☐ abnormal	

(213) Farbsehen	
Pseudoisochromatische Tafeln	Typ:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich ☐ Ja ☐ Nein	
Untersuchungsmethode: ☐ farbentsicher ☐ nicht farbentsicher	

(221) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

(222) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):		
Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.		
Ort und Datum:	Name und Adresse des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes	Telefon: Telefax:	

No 152(a) OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT

HNO-Ärztlicher Untersuchungsbericht:

austro

CONTROL

HNO-ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

ÖSTERREICH

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beanzogene Tauglichkeitsklasse: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Sonstige	
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf ☐ Erstuntersuchung ☐ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	(13) System Referenznummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:	(14) Art der beantragten Lizenz:	
(401) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(402) Untersuchungskategorie: ☐ Erstuntersuchung ☐ erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung ☐ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung ☐ Sonstige Untersuchung	(403) HNO-ärztliche Vorgeschichte:
---	------------------------------------

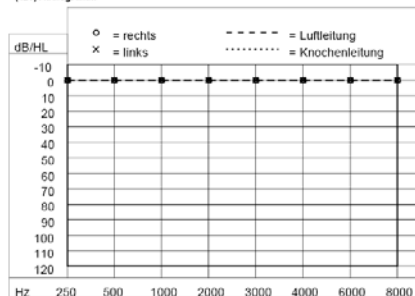
Klinische Untersuchung: Jedes Kästchen ausfüllen	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	☐	☐
(405) Mundhöhle, Zähne	☐	☐
(406) Pharynx	☐	☐
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschließlich vordere Rhinoskopie	☐	☐
(408) Gleichgewichtssinn einschließlich Romberg-Test	☐	☐
(409) Sprache	☐	☐
(410) Nasennebenhöhlen	☐	☐
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell	☐	☐
(412) Pneumatische Otoskopie	☐	☐
(413) Impedanztympometrie Valsalva-Manöver (nur Erstuntersuchung)	☐	☐

Zusatzuntersuchungen (falls indiziert)	nicht durchgeführt	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie	☐	☐	☐
(415) Hintere Rhinoskopie	☐	☐	☐
(416) EOg, Spontan- und Lagenystagmus	☐	☐	☐
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung	☐	☐	☐
(418) Spiegel- und Glasfaserlaryngoskopie	☐	☐	☐

(419) Reintonaudiometrie

Hz	Luftleitung		Knochenleitung	
	rechtes Ohr	linkes Ohr	rechtes Ohr	linkes Ohr
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

(420) Audiogramm



(421) HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

--	--

(422) Erklärung des untersuchenden Arztes (HNO-Arzt):

Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

(423) Ort und Datum:	Name und Adresse des HNO-Arztes (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes	Telefon: Telefax:	

No 183(a) OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT

b) Inhalt des flugmedizinischer Untersuchungsberichtes der flugmedizinischen Stelle an die zuständige Behörde gemäß § 34 Abs. 1 Luftfahrtgesetz bei Tauglichkeitsuntersuchungen gemäß § 5 Abs. 1 Z 3 lit. b:

Fliegerärztlicher Untersuchungsbefund A

(Zuname)

Zu- und Vorname Geburtsdatum

Adresse

Nationalität Beruf Stand

oB	B	Psychische Beurteilung
		Anamnese (Schulversagen, Kontakt- und Familienschwierigkeiten, Selbstmordversuch, Verurteilungen beachten bzw. erfragen)
		Psychische Auffälligkeiten (Motivation, Kontaktfähigkeit, Kurz-, Langzeitgedächtnis)
		Verdacht auf Charakterstörungen, Psychopathien, Psychosen, Süchtigkeit
		Neurosen (Stottern, Nägelbeißen, Bettnässen bis Jahre)
		Psychischer Gesamteindruck
nein	ja	Fachärztlicher Befund, eventuell verkehrspsychologisches Gutachten nötig?

oB	B	Körperbau: Größe cm; Gewicht kg; Gewicht bei der letzten Untersuchung kg
		Allgemeinzustand
		Haut – Durchblutung – Ausschläge – Muskulatur, Narben
		Wirbelsäule
		Extremitäten, Gelenke

oB	B	Kopf – Gesicht – Hals	Sprache	oB	B
		Mundhöhle	Zähne, Prothese		
		Nase	Tonsillen		
		Nebenhöhlen	Lymphknoten, Narben		

Augen (bei Erstuntersuchung für Berufspiloten und Flugverkehrscontrolloren ist ein fachärztlicher Befund erforderlich)

nein	ja	Brillen-/Kontaktlinsenträger: Dioptrien Ferne re.: li.: Nähe re.: li.:			
oB	B	Fernvisus	unkorrigiert	korrigiert	Sehtauglichkeitsgrad
			re. li.	re. li.	
ja	nein	Nahvisus	Jäger 3	Jäger 3	1 2
oB	B	aus cm			
		Augenbewegung – Nystagmus – Heterophorie			
		Pupillenreaktion auf Licht und Konvergenz			
		Gesichtsfeld für weiß			
		Farbensehen, Methode:			
		Sonstiges (Nachtsehen, räumliches Sehen, brechende Medien, Augenhintergrund)			
nein	ja	Muß zum Fliegen Brillen tragen		nein	ja
				Fachärztlicher Befund nötig?	

oB	B	Ohren	Audiometrie	500	1000	2000	3000	Hz
		Flüstersprache re. m li. m	dB Verlust re.					
		Konversationsprache re. m li. m	dB Verlust li.					
		Otoskopie	Hörtauglichkeitsgrad					
		Tuben, Valsalva	1 2					

☒ Zutreffendes ankreuzen!

B

oB	B	Zentralnervensystem			oB	B
		Reflexe (PSR, ASR)				
		Rhomberg				
		Unterberger				
		Finger-Nasenversuch				
		Sonstiges:				

oB	B	Thorax		
		Luftwege		
		Lungen (Auskult., Perk.)		
		Lungen R�-Aufnahme/Durchleuchtung		Nächstes R�. notwendig:
		Herz (Geräusche – Aktion)		
		Sonstiges:		

oB	B	Atmungs- und Kreislauffunktionen		
		Gefäße – Peripherie (Pulse, Ödeme, Varizen)		
		Vitalkapazität		
		Atemanhaltetest: Sekunden (normal: durchschnittl. 50 sec.)		
		Konditionsbeurteilung des Kreislaufs	Art der Belastung (Stufentest, Fahrradergometer):	
		im Liegen	im Stehen	während Belastung
				 min nach Belastungsende
		Puls-HF		
		RR		

oB	B	Ruhe- EKG		
		Belastungs- EKG		Nächstes EKG notwendig:

oB	B	Abdomen	Laborbefunde	oB	B
		Bauchdecken – Leber, Milz	Harn: Zucker	Eiweiß	wenn pos. Sediment
		Hernien	Blutbefund: *)	Ery. *)	Leuko *)
		Urogenitalsystem		Hb. *)	BSG. *)
		Sonstiges: (z. B. Hämorrhoiden, Narben)	Chemische Blutbefunde *) (BZ, Harnsäure, Transaminasen, Lipidbefunde)		
			Serologische Untersuchungen *)		

nein	ja	Sonstige Untersuchungen erforderlich?
Sonstige Untersuchungen und Spezialbefunde:		

*) falls erforderlich.

C

☐ Herr	bewirbt sich um	☐ Ausstellung eines
☐ Frau		☐ Verlängerung des
☐ Frl. (Name)		

Letzte fliegerärztliche Untersuchung ☐ keine Datum bei	fliegerisch aktiv seit Gesamtflugzeit Stunden seit der letzten Untersuchung Stunden	fliegerische Zwischenfälle seit der letzten Untersuchung ☐ keine Datum Art
---	---	--

Gutachten

des fliegerärztlichen Sachverständigen

Tauglichkeitsgrad:	Allgemeiner Gesundheitszustand:	Sehtauglichkeit:	Farbunterscheidungsvermögen:	Hörtauglichkeit:																			
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4					<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	1	2			<table border="1"> <tr><td>☐</td><td>sicher</td></tr> <tr><td>☐</td><td>gestört</td></tr> </table>	☐	sicher	☐	gestört	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	
1	2	3	4																				
1	2																						
☐	sicher																						
☐	gestört																						
1	2																						

Erforderlicher **Mindesttauglichkeitsgrad** (Allgemeiner Gesundheitszustand/Sehtauglichkeit/Hörtauglichkeit):

1 1 1	3 2 2	2 1 1	4 1 1
-------	-------	-------	-------

Tauglich zum:

☐ Berufspiloten ☐ Berufspiloten I. Kl. ☐ Linienpiloten ☐ Berufs-Hubschrauberpiloten ☐ Luftschiffpiloten	☐ Privatpiloten ☐ Privat-Hubschrauberpiloten ☐ Freiballonfahrer ☐ Segelflieger ☐ Hängegleiterflieger ☐ Fallschirmspringer ☐ Flugschüler	☐ Bordfunken ☐ Bordtelefonisten ☐ Bordtechniker ☐ Bordnavigatoren	☐ Flugverkehrskontrollor
--	--	--	---

☐ Vorübergehend **untauglich wegen:**
☐ Dauernd

Besondere Bemerkungen:

Ort, Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes:

☒ Zutreffendes ankreuzen!

	Unterzeichner	serialNumber=1026761,CN=Bundeskanzleramt,C=AT
	Datum/Zeit	2017-11-27T14:19:40+01:00
	Prüfinformation	Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.bka.gv.at/verifizierung
	Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.