



HNO-ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Deutschland

Vertraulich

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:	(2) Beantragte Tauglichkeit: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sonstige		
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungsuntersuchung	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	(13) Referenznummer:
<p>(401) Zustimmung zur Weitergabe von medizinischen Informationen: Hiermit stimme ich der Weitergabe sämtlicher Informationen dieses Berichts und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und der Übermittlung an die Genehmigungsbehörde zu. Mir ist bewusst, dass die medizinischen Informationen für meine flugmedizinische Tauglichkeitsbeurteilung verwendet und in der flugmedizinischen Datenbank der Genehmigungsbehörde gespeichert werden. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.</p>			
Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen	

(402) Untersuchungskategorie: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung	(403) HNO-Anamnese:
--	---------------------

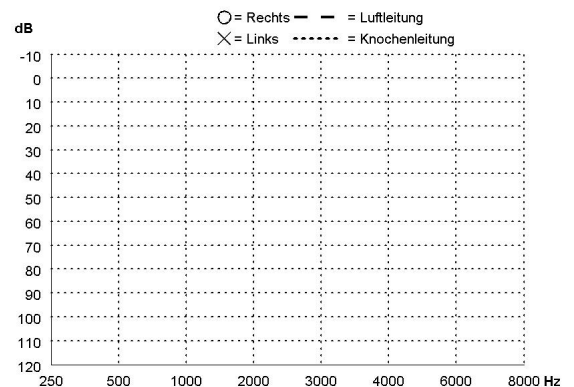
Klinische Untersuchung:
Bitte jedes Formularfeld ausfüllen

	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Mundhöhle, Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschließlich vordere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Gleichgewichtssinn einschließlich Romberg-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatische Otoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedanztympantomie Valsalva-Manöver (nur bei Erstuntersuchung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Reintonaudiometrie

Hz	db (Hörschwelle)			
	Luftleitung		Knochenleitung	
	rechtes Ohr	linkes Ohr	rechtes Ohr	linkes Ohr
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

(420) Audiogramm



Ergänzende Untersuchungen (falls indiziert)

	nicht geprüft	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Hintere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG, Spontan- und Lagenystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Starre oder flexible Laryngoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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-Arzt in Druckbuchstaben/Stempel	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes		