

HNO-ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

VERTRAULICH

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:	(2) beantragte Tauglichkeitsklasse 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>		
(3) Familienname:	(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenz-Nummer:
(401) Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen zu.			
----- Datum	----- Unterschrift des Antragstellers	----- Unterschrift des flugmed. Sachverständ. (Zeuge)	

(402) Untersuchungskategorie Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung <input type="checkbox"/>	(403) HNO Anamnese:
--	---------------------

Klinische Untersuchung jedes Formularfeld ausfüllen	normal	nicht normal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut		
(405) Mundhöhle, Zähne		
(406) Pharynx		
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschl. vordere und hintere Rhinoskopie		
(408) Gleichgewichtssinn einschl. Romberg-Test		
(409) Sprache		
(410) Nasennebenhöhlen		
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell		
(412)		
(413) Impedanztypanometrie, Valvalva-Manöver		

Zwischenuntersuchungen (falls indiziert)	normal	nicht normal	nicht durchgeführt
(414) Sprachaudiometrie			
(415) Hintere Rhinoskopie			
(416) EOG; Spontan- und Lagenystagmus			
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung			
(418) Starre oder flexible Laryngoskopie			

(421) HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

(419) Reintonaudiometrie

Hz	dB (Hörverlust)	
	rechtes Ohr	linkes Ohr
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Audiogramm

o = rechts - - - = Luftleitung
x = links . . . = Knochenleitung

dB/HL								
	o	x	o	x	o	x	o	x
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

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

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

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