

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 eine spezielle fliegerärztliche Untersuchungsstelle vornehmen lassen kann.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

* Zutreffendes bitte ankreuzen!