

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

NICHTTAUGLICH

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

Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer

BEWERBERFRAGEBOGEN (verbleibt beim Arzt)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus und bringen ihn zu ihrer ärztlichen Tauglichkeitsuntersuchung mit.

STEMPEL DER UNTERSUCHUNGSSTELLE →

Familienname Geburtsdatum

Vor- und ggf. Geburtsname Geburtsort

Straße Staatsangehörigkeit

PLZ / Wohnort Beruf

| | | | |
|---|---|--|--|
| Letzte Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer (keine) | Springerische Zwischenfälle seit letzter Untersuchung (keine) | Gesamtsprungzahl Spr. | Erst - Untersuchung <input type="checkbox"/> |
| Datum | Datum | Seit letzter Untersuchung Spr. | Nach - Untersuchung <input type="checkbox"/> |
| Wo ? | Art ? | Letzte 6 Monate Spr. | Kontroll - Untersuchung <input type="checkbox"/> |
| Im Fallschirmsport aktiv seit <input type="text"/> | | Vorwiegend privat <input type="checkbox"/> | Vorwiegend beruflich <input type="checkbox"/> |

Trafen oder treffen gegenwärtig eine oder mehrer der folgenden Tatsachen für Sie zu ?

| | Nein | Ja | | Nein | Ja |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Häufige oder starke Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-/Darm-/Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit / Diabetis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewußtseinsstörung o. Bewußtlosigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blut im Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfverletzungen nach Unfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsie / Anfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Unfallverletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervliche Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewöhnung an Medikamente o. Suchtmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewöhnung an Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutdruck erhöht / erniedrigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Selbsttötungsversuch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankung von Gelenken / Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ärztliche Behandlung - letzte 5 Jahre:

| von - bis | Name/Anschrift von Klinik/Arzt | Nein | Ja (Grund der Behandlung bitte angeben) |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:

| Nein | Ja | Mittel | Grund | von - bis |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Wer bei dieser Untersuchung wissentlich oder grob fahrlässig falsche, unvollkommene oder zur Irreführung geeignete Angaben macht, setzt sich der Gefahr des Ausschlusses von der Ausbildung bzw. des Widerrufs der Erlaubnis aus. Der Bewerber kann sich zudem durch falsche Angaben selbst gefährden - ohne Verschulden des untersuchenden Arztes. Die Feststellung über Untauglichkeiten trifft der untersuchende Arzt. Im Fall der Überprüfung des Tauglichkeitsurteils kann sich der Bewerber an eine fliegerärztliche Untersuchungsstelle oder an einen Arzt des DFV e.V. wenden. Der Bewerber bestätigt, daß er hiervon Kenntnis genommen hat und mit der vorgesehenen Handlungsweise einverstanden ist. Er erklärt desweiteren, daß er sich körperlich fit fühlt und nicht an einer Erkrankung leidet, von der er glaube, daß sie zu einer gefährlichen Situation führen könne.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers

Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer

U n t e r s u c h u n g s b o g e n¹

Für die ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung von Fallschirmspringern, herausgegeben vom Deutschen Fallschirmsportverband (DFV) e.V. als **Empfehlung** für Haus- und Sportärzte (siehe auch Formblatt Untersuchungs- und Beurteilungskriterien).

Name, Vorname (Bewerber)

Geburtsdatum

| | |
|--|--|
| Allgemeinzustand | |
| Herz- und Kreislauf Blutdruck, Puls, Rhythmus, Auskultation, Perkussion | |
| Atmungsorgane Auskultation und Perkussion der Lunge | |
| Augen- und Sehschärfe Inspektion des äußeren Auges, Gesichtsfeldprüfung (grobe Prüfung), Sehschärfeprüfung (Lesetafel/ korrigierte Sehschärfe mind. 0,5) | |
| Hals, Nasen, Ohren Äußeres Ohr, Mittelohr, Nasen- nebenhöhlen, Trommelfelle, Durch- gängigkeit der Tuben, Labyrinth / Gleichgewicht, Gehör (Ugs.) | |
| Bewegungsapparat Gliedermaßen und Gelenke (Beweglichkeit, Kraft, Stabilität des Bandapparates Wirbelsäule und Rumpfmuskulatur (Beweglichkeit, Stabilität, Kraft) | |
| Nervensystem und Psyche Reflexstatus, Psychischer Gesamteindruck, Nervensystem | |
| Zusatzuntersuchungen (nur erforderlich bei unklaren Befunden) | |

(Je nach Untersuchungs-
aufwand sind DM 50.- bis
DM 120.- angemessen)

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

¹ Ausfertigung für den Arzt
Stand: 11 / 98

Tauglichkeitsuntersuchung für Fallschirmspringer

Untersuchungs- und Beurteilungskriterien

für die ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung von Fallschirmspringern, herausgegeben von der medizinischen Arbeitsgruppe des Deutschen Fallschirmsportverbandes (DFV) e.V. als Empfehlung für Haus- und Sportärzte.

Allgemeine Hinweise

Der Fallschirmsport kann heute von jedem durchschnittlich Gesunden betrieben werden (Mindestalter: 16 Jahre; Ausnahmen sind möglich). Die Anforderungen an den Bewegungsapparat sowie das Herz- und Kreislaufsystem sind in der Regel geringer, als bei vielen anderen Sportarten.

Folgende Kriterien schließen eine Tauglichkeit in der Regel aus bzw. führen zu einer zeitlichen Untauglichkeit. In Zweifelsfällen ist eine Überweisung zum Fliegerarzt oder eine Rücksprache mit Ärzten vom DFV e.V. (Tel.: **06836 / 92306**) zu erwägen.

Tauglichkeitsuntersuchungen sind alle 2 Jahre zu wiederholen.

1. Herz und Kreislauf

- manifeste koronare Herzerkrankung
- Zustand nach Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Hochdruck mit Blutdruckwerten über 180/100 mmHg in Ruhe

2. Atmungsorgane

Die Atmungsorgane müssen frei von allen akuten und chronischen Erkrankungen sein, die die Leistungsfähigkeit der Lunge erheblich beeinträchtigen. Ausschlusskriterien sind u.a.

- Therapierefraktäres Asthma bronchiale
- Neigung zu Spontan-Pneumothorax
- hochgradiges Lungenemphysem

3. Endokrines System

Bewerber mit einem insulinpflichtigen Diabetes erhalten im Tauglichkeitsattest den Vermerk: „Nur mit Öffnungsautomat“.

4. Bewegungsapparat / Extremitäten

- schwere Funktionsstörungen der oberen und unteren Extremitäten
- schwere Bewegungseinschränkungen und Instabilität der Wirbelsäule
- habituelle Schulterluxationen
- künstlicher Gelenkersatz

5. Blut und blutbildene Organe

- hochgradige Anämien

6. Augen und Sehschärfe

- eine korrigierte Sehschärfe von weniger als 0,5
- Einäugigkeit (nur bei Erstuntersuchungen)
- erhebliche Gesichtsfeldausfälle (augenärztliche Abklärung)

7. Hals, Nasen, Ohren

Alle akuten, chronischen und progressiven pathologischen Veränderungen der äußeren, mittleren oder inneren Ohren, die den Bewerber bei der sicheren Ausübung des Sportes beeinträchtigen können.

8. Nervensystem und Psyche

Alle neurologischen und psychischen Auffälligkeiten, bei denen eine Beeinträchtigung der sicheren Ausübung zu befürchten ist (z.B. Psychosen, Psychopathien, Suchtleiden mit Alkohol und Drogenabusus).