

**Flugmedizinischer Erhebungsbogen –Kabine–**

**PERSONALIEN**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse (PLZ, Stadt, Straße, Nr.):  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Fluggesellschaft:**  
\_\_\_\_\_

**Bisherige Flugmedizinische Untersuchungen, Wann und wo:**  
\_\_\_\_\_

**Sportarten (was/wie oft):**  
\_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

## KRANKHEITSVORGESCHICHTE

**Krankenhaus- oder Heilstätten Behandlungen, Operationen, schwere Verletzungen oder Unfälle?**  
(was/wann):

---

---

---

---

**Beschwerden oder Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was/wann):**

- **Kopf, Gehirn, Nervensystem:**

---

---

(z.B. Schädelhirnverletzung, incl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbago, irgendwelche sonstigen neurologischen Erkrankungen)

- **Psyche:**

---

---

(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen)

- **Augen:**

---

---

(Herabsetzung des Sehvermögens, Brillenträger, Kontaktlinsen)

- **Refraktionswerte (Brillenpass):**

---

---

---

- **Nase, Nasennebenhöhlen:**

---

---

(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen)

**- Ohren:**

---

---

(Mittelohrentzündung, Gehörgangentzündung, Trommelfellriss, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)

**- Atmungsorgane:**

---

---

(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)

**- Herz-Kreislauf-System:**

---

---

(z.B. Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl / Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)

**- Verdauungsorgane:**

---

---

(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche)

**- Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane:**

---

---

(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine)

**- Haut, Knochen, Gelenke:**

---

---

(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen)

**- Stoffwechsel:**

---

---

(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen)

- bei Frauen: **Schwangerschaft** ?

---

Hatten Sie **fieberhafte Erkrankungen** in den letzten Monaten? (was/wann):

---

---

Hatten oder haben Sie sonstige **Krankheiten, Fehler oder Beschwerden**, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (was/wann):

---

---

Wieviel **Alkohol** trinken Sie? (Art/Menge) \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie? (Art/Menge): \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie?:

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Proband: \_\_\_\_\_