



Ärztlicher Fragebogen für Jet-Flüge

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hatten oder leiden Sie an:

ja nein

häufige(n) und/oder schwere(n) Kopfschmerzen?

Schwindel, Ohnmachtsanfälle(n)?

irgendwelche(n) Bewusstseinsstörungen?

Herzklopfen, Herzbeschwerden?

hohen(m) oder niedrigen(m) Blutdruck?

Atmungsbeschwerden, Atemnot?

Allergien, Hautkrankheiten?

Impfreaktionen?

Krämpfe(n), Lähmungen:

irgendwelche(n) nervöse(n) oder seelische(n) Störungen?

Ermüdungszustände(n)?

psychische(n) Probleme(n)?

Gicht, Rheuma, Gelenkbeschwerden?

Beschwerden in Rücken und Gliedern?

irgendwelche(n) Koliken, Verdauungsstörungen

- Infektions- oder Geschlechtskrankheiten
- Frauenkrankheiten, Schwangerschaft (zum jetzigen Zeitpunkt)?
- andere(n) schwerwiegende(n) Erkrankungen, Operationen oder Unfälle(n)?:

Haben Sie bei sich selbst schon einmal folgende Beobachtungen gemacht oder leiden Sie unter?:

- Klaustrophobie (Raum- oder Platzangst)?
- Druckausgleichsstörungen mit Schmerzen in:
- Ohren Nebenhöhlen Zähnen Blähungen
- Luftkrankheit (Übelkeit, Erbrechen etc.)?
- andere(n) Störungen? Welche?

- Nehmen Sie Medikamente, Schlaf-, Beruhigungs- oder leistungssteigernde Mittel? Welche?

- Sind Sie zurzeit in guter körperlicher und geistiger Verfassung?**

Erklärung:

Ich bestätige, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen, vollständig und wahrheitsgetreu gemacht wurden.

Ich ermächtige die Firma **3rd Dimension**, bei allfälligen Unklarheiten einen Vertrauensarzt zur Beurteilung meiner Passagierflugtauglichkeit beizuziehen.

Ort/Datum:

Unterschrift:

