

## Tauglichkeitshinweise für Fallschirmspringer

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in eigenem Interesse gewissenhaft aus.

Vorname / Name	
Adresse	
Geburtsdatum	
Mobile	
E-Mail	

### Beurteilungskriterien

Der Fallschirmsport kann heute von jedem durchschnittlich Gesunden betrieben werden (Mindestalter 15 Jahre). Die Anforderungen an den Bewegungsapparat sowie das Herz- und Kreislaufsystem sind wie bei vielen anderen Sportarten.

### Besondere medizinische Risiken im Fallschirmsport sind

- Ohrenbereiche (Druckausgleich)
- Besondere Belastung der Wirbelsäule (Bandscheiben)
- Besondere Belastung der Beine durch Landungen (Bänder, Gelenke)
- Augen (mangelnde Höheneinschätzung durch Farbenblindheit oder fehlende Sehschärft)

Folgende Kriterien schliessen eine Tauglichkeit in der Regel aus bzw. führen zu einer zeitlichen Untauglichkeit. In Zweifelsfällen hat eine Abklärung durch einen Flugmediziner zu erfolgen.

#### 1. Herz- und Kreislauf

- Manifestierte 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

Insulinpflichtige Diabetes (Betroffene können nach einer ärztlichen Abklärung allenfalls unter obligatorischer Verwendung eines Öffnungsautomaten springen)

#### 4. Bewegungsapparat / Extremitäten

- Schwere Funktionsstörungen der oberen und unteren Extremitäten
- Schwere Bewegungseinschränkungen und Instabilität der Wirbelsäule
- Habituelle Schulterluxationen
- Künstlicher Gelenkersatz

#### 5. Blut und blutbildende Organe

- Hochgradige Anämien

#### 6. Augen und Sehschärfe

- Eine korrigierte Sehschärfe von weniger als 0,5 Visus
- Erhebliche Gesichtsfeldausfälle (augenärztliche Abklärung)

#### 7. Hals, Nasen, Ohren

Alle akuten, chronischen und progressiven pathologischen Veränderungen der äusseren, mittleren oder inneren Organe, 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).

Trafen oder treffen gegenwärtig eine oder mehrere 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"/>
Bewusstseinsstörungen oder 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)

### Regelmässige Einnahme von Medikamenten

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

Wer wissentlich oder grob fahrlässig falsche, unvollkommene oder zur Irreführung geeignete Angaben macht, setzt sich der Gefahr des Ausschlusses von der Ausbildung bzw. des Entzuges des Fallschirmspringerscheins aus.

**Der / die Bewerber / in gefährdet sich durch falsche Angaben.** Er / sie erklärt des weiteren, dass es / sie sich körperlich fit fühlt und nicht an einer Erkrankung leidet, von der er / sie glaubt, dass sie zu einer gefährlichen Situation führen kann.

### Erklärung des/r Sprungschülers/in:

Nach nunmehr erfolgter Aufklärung über die mit der Ausübung des Fallschirmsports verbundenen Risiken und die körperlichen und geistigen Belastungen, bestätigt ich hiermit ausdrücklich, dass ich die in §5 ZLPV 2006 festgelegten Anforderungen an die geistige und körperliche Tauglichkeit für das Fallschirmspringen erfülle. Bei Zweifeln, die ich der Schule vor Ausbildungsbeginn mitzuteilen habe, ist eine fliegerärztliche Untersuchung durchzuführen.

Ort, Datum

Unterschrift