



Kleine medizinische Checkliste zur Flugvorbereitung
(ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

	nicht flugtauglich	bedingt flugtauglich	flugtauglich
Ich fühle mich körperlich fit ?	nein: <input type="checkbox"/>	?: <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>
Ich fühle mich psychisch fit ?	nein: <input type="checkbox"/>	?: <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>
Ich leide unter Schlafmangel ?	ja: <input type="checkbox"/>	?: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe z.Zt. berufl. oder privaten Stress ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich leide an einer Erkältungskrankheit bzw einem Infekt im Hals- Nasen - Rachenraum ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe in den letzten 24 Std. Alkohol getrunken ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe in den letzten 8 Std. Alkohol getrunken ?	ja: <input type="checkbox"/>		nein: <input type="checkbox"/>
Ich nehme neu verordnete Medikamente ein ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich nehme neue, rezeptfreie Arzneimittel ein ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe in den letzten 4 Wochen Blut gespendet ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe eine neu verordnete Brille / Kontaktlinsen?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe in den letzten 12 Stunden eine regionale- oder lokale Betäubung (z.B. Zahnarzt oder kleine ambulante Operation) bekommen ?	ja: <input type="checkbox"/>		nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe eine Voll- oder rückenmarksnahe Narkose in den letzten 48 Std. bekommen ?	ja: <input type="checkbox"/>		nein: <input type="checkbox"/>
Ich war länger als 12 Stunden im Krankenhaus ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich wurde in den letzten 3 Monaten im Bauchraum, Brustkorb oder an den Nieren operiert ?	ja: <input type="checkbox"/>		nein: <input type="checkbox"/>
Ich habe eine schwerere Verletzung erlitten ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich bin schwanger ?		ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>
Ich befinde mich in einem guten fliegerischen Trainingszustand, so dass mich ungewohnte Situationen nicht unter Stress setzen ?		nein: <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich in meinem aktuellen körperlichen und seelischen Zustand fliegen kann ?	nein: <input type="checkbox"/>	?: <input type="checkbox"/>	ja: <input type="checkbox"/>

**Sind Antworten im gelben oder roten Bereich zutreffend,
holen Sie sich vertrauensvoll Rat bei Ihrem Fliegerarzt !**