

Untersuchung der Stammbesatzung der Bark „Alexander von Humboldt“

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Funktion an Bord: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zur Vereinfachung der Untersuchung bitte Personalien (siehe oben) und Rückseite ausfüllen.

Fragen, die nicht beantwortet werden können, lassen Sie offen, sie werden mit dem Arzt/der Ärztin persönlich besprochen.

Ich erkläre, dass meine Angaben wahr und nach bestem Wissen erfolgt sind.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht und niemandem weitergegeben.

Die DSST erhält lediglich ein standardisiertes Formular über Ihre Eignung für die o.g. Funktion an Bord.

für den Arzt/die Ärztin:

Untersuchung am: _____ Erstuntersuchung: ☐ Nachuntersuchung: ☐

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg RR: _____ mmHg Puls: _____/min

AZ:	o.B: ☐ oder:	Cor:	o.B: ☐ oder:
EZ:	o.B: ☐ oder:	Abdomen:	o.B: ☐ oder:
Kopf:	o.B: ☐ oder:	Leber:	o.B: ☐ oder:
Augen:	o.B: ☐ oder:	Niere:	o.B: ☐ oder:
Ohren:	o.B: ☐ oder:	WS/Extrem.:	o.B: ☐ oder:
Nase:	o.B: ☐ oder:	Haut:	o.B: ☐ oder:
Hals:	o.B: ☐ oder:	Ödeme:	o.B: ☐ oder:
Schilddrüse:	o.B: ☐ oder:	Neurologie:	o.B: ☐ (orientierend) oder:
Pulmo:	o.B: ☐ oder:		

Urinteststreif.: o.B: ☐ oder:

Sehtest Ferne: o.B: ☐ oder:

Farbtüchtigk.: o.B: ☐ oder:

Hörvermögen: o.B: ☐ oder:

Nur bei Untersuchung auf Tauglichkeit für Atemschutz:

Lungenfunktion: o.B: ☐ oder:

Ruhe-EKG: o.B: ☐ oder:

ggf. Ergometrie: o.B: ☐ oder: