

# Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

## Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin

### 1. Angaben zur Person

--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer, wenn bekannt

Akad. Grad \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsinhalte

Vermitteln Sie Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

der klinischen Flugphysiologie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Fliegerverwendungsfähigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der Flugpsychologie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
den Flugreisetauglichkeitsbestimmungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Prinzipien des Primär- und Sekundärtransportes von Kranken und Behinderten in Flugzeugen und Hubschraubern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
der medizinischen Ausrüstung an Bord von Verkehrsflugzeugen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
flugmedizinischer Beratung von Fernreisenden über Malariaprophylaxe, Einreisebestimmungen, Hygienemaßnahmen und Medikamentenanpassung bei Zeitonenverschiebung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
FREMEC- und MEDA-Formularen der IATA für kranke und behinderte Passagiere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

