

Flugmedizin Oberkassel GbR

Gerne können Sie bei Ihrem ersten Besuch das Antragsformular ausgefüllt mitbringen, zusätzlich benötigen wir bitte folgende Angaben von Ihnen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und Geburtsort: _____

Adresse (Straße / PLZ / Ort): _____

Staatsangehörigkeit: _____

Größe & Gewicht: _____

Kontaktdaten (Mail & Mobil): _____

Brille benötigt? (bitte aktuelle Werte übermitteln) _____

Fluggesellschaft: _____

Erstuntersuchung ? _____

Letztes Medical (Datum, durchführender Arzt): _____

Lizenznummer: _____

Mitteilung, ob eine Sondergenehmigung oder spezielle Einschränkungen vorliegen (SIC): _____