



Nachweis der medizinischen Flugtauglichkeit für:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**LUFFTRAUM** bietet Rundflüge für Menschen mit einer Behinderung oder Krankheit an. Die Passagiere werden vor, während und nach dem Flug durch das LUFFTRAUM-Team betreut.  
Für die Flugvorbereitung braucht die LUFFTRAUM-Crew einen medizinischen Nachweis.  
Angaben zum Flug:

- Flugzeugtyp: Cessna, Sportflugzeug ohne Druckausgleichskabine
- Flughöhe: max. **2700 m.ü.M**
- Flugdauer: ca. 1 Stunde
- Der Flug kann jeder Zeit abgebrochen werden.  
Für das Landeprozedere wird in diesem Fall bis zu **20 Minuten** benötigt.

Hiermit bestätige ich die medizinische Flugtauglichkeit der oben genannten Person.

Bemerkung von Arzt/Ärztin:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Flugtauglichkeit wurde ausgestellt durch:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel: