



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: