



Überprüfungsbericht – Ergebnisprotokoll (Flugunfall)

Rahmendaten

Unfallort:			
Datum:		Uhrzeit:	
Name des Aufsichtsorgan:	Dr. Sebastian Hitz MBA Fachexperte Risk Assessment Österreichischer Aero-Club/FAA, Referat HG/PG		

Daten der Pilotin/des Piloten

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Nationalität:	
Adresse:			
Telefonnummer:		E-Mail Adresse:	
Art des Scheines:		Ausgestellt am:	
Berechtigungen: (sonstige)		Gültig bis:	
Ausbildung bei Flugschule:			
Startgewicht (Abflug/Gesamtgewicht):		Schuhwerk: <input type="checkbox"/> knöchelhohe <input type="checkbox"/> halbhohes	
Flugstunden am Gerät:		Flugstunden der letzten 6 Monate:	
		Flugstunden gesamt:	

Daten zum verwendeten Luftfahrzeug (HG/PG)

Hersteller:		Bj:		Gewichtsbereich:	
Musterbezeichnung:		Seriennummer:			
Versicherungsbestätigung:		Lufttüchtigkeit bestätigt am:			
Rettungsgerät Type:		Bj:		Gepackt am:	
Gurtzeug Type:		Bj:			
Helm Type:		CE Norm 966:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Rückenprotektor:	Art:		Dicke:		
Anmerkungen:					

Unfalldaten

Art des Fluges	<input type="checkbox"/> Alleinflug <input type="checkbox"/> Tandemflug <input type="checkbox"/> Schulungsflug
Angaben zur Flugschule	Name Flugschule: <input type="text"/> Funkverbindung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Name Fluglehrer*in: <input type="text"/>
Flugvorbereitungen (Von der Einholung Wetterinformation bis zum Startplatz):	Welche wurde getätigt? <input type="text"/>
Wind und Wetterbedingungen:	Welche waren vorherrschend (Start)? Haben sie sich verändert (Flug)? <input type="text"/>
Startart:	<input type="checkbox"/> Vorwärts <input type="checkbox"/> Rückwärts
Flugphase beim Unfall:	<input type="checkbox"/> Start <input type="checkbox"/> Flug <input type="checkbox"/> Landung
Aufprall:	<input type="checkbox"/> vorwärts <input type="checkbox"/> seitlich <input type="checkbox"/> rückwärts Sonstiges: <input type="text"/>
Unfallhergang:	Was ist passiert? <input type="text"/>
Unfallursache (Turbulenzen/Pilotenfehler usw...):	Was war(en) die konkreten Ursache(n) (eigene Wahrnehmung)? <input type="text"/>
Unfallvermeidung (Zukunft):	Wie hätte der Unfall vermieden werden können? Welche Lehren ziehen Sie daraus? <input type="text"/>
Verletzungen:	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> schwere
Zeugen:	<input type="text"/>

Unterschrift des Aufsichtsorgans:	<input type="text"/>
Unterschrift der/des überprüften Pilotin/Pilot:	<input type="text"/>