



**Gesellschaft zur Untersuchung von  
anomalen atmosphärischen und Radar-Erscheinungen e.V.**  
**MUFON-CES (Mutual UFO Network - Central European Society)**

c/o Dipl.-Inf. Wolfgang Stelzig  
Leonberger Str. 22  
D-71638 Ludwigsburg  
Tel.: +49 (0)7141 90 18 35  
wolfgang.stelzig@mufon-ces.org

Beobachtungs-Datum:

Beobachtungs-Ort:

Aufnahme-Datum:

(Obere Felder für Untersucher vorbehalten)

Es ist wichtig, daß alle Fragen in diesem Bogen beantwortet werden.

1.1 Name:	1.2 Beruf:
1.3 Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl:	Stadt:
1.4 Geb.-Datum:	1.5 Tel.-Nr.:
Kenntnis in Meteorologie:	Kenntnis in Astronomie:

2.1 Beschreiben Sie ihre Beobachtung so genau wie möglich:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte, zeichnen Sie hier die beobachtete Erscheinung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fragabogen übernommen von:

• SUF01, Postfach 6  
DK-2820 Gentofte

3.1 Präzises Beobachtungs-Datum	Datum: _____	Jahr: _____
3.2 An welchem Wochentag fand die Beob. statt: _____	3.4 Die Uhrzeit ist mit einer Genauigkeit von: <input type="checkbox"/> 30 Sek. <input type="checkbox"/> 1 Min. <input type="checkbox"/> 5 Min. <input type="checkbox"/> 10 Min. <input type="checkbox"/> 30 Min. <input type="checkbox"/> 1 Std. <input type="checkbox"/> Mehr als 1 Std.	
3.3 Um welche Uhrzeit begann die Beob.: _____		
3.5 Um welche Uhrzeit endete die Beob.: _____		
3.6 Wie lange dauerte die Beobachtung: Std.: _____ Min.: _____ Sek.: _____		
4.1 Wo befanden Sie sich zum Beobachtungszeitpunkt (Standortsangabe so genau wie möglich)		

5.1 Wieviele Objekte wurden beobachtet, (Falls mehr als ein Objekt beobachtet wurde kann Zusatzfragebogen angefordert werden):

6.1 War das Objekt: <input type="checkbox"/> selbstleuchtend <input type="checkbox"/> reflektierend <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> anders: _____	6.2. Farbe(n) der Oberfläche des Objektes (Falls eine Oberfläche sichtbar war):	6.3 Farbe(n) von evt. leuchtenden Punkte(n) auf dem Objekt:
--	---	---

6.4 Hatte das Objekt:  Schweiß  Kondensstreifen  Korona (Leuchtkranz) Falls ja, welche Farbe: \_\_\_\_\_

6.5 Bemerkten Sie eine Farbveränderung  Ja  Nein  weiß nicht Falls ja, welche Farbveränderung: \_\_\_\_\_

6.6 Wie kräftig war das Licht:  wie ein Stern  Flugzeuglicht  Autoscheinwerfer  
 blendend  weiß nicht  anders: \_\_\_\_\_

6.7 Die Lichtausstrahlung war:  konstant  regelm. pulsierend  fall. Lichtstärke  
 regelmäßig blinkend  unregelm. Lichtstärke  steig. Lichtstärke  
 weiß nicht  anders: \_\_\_\_\_

7.1 Objektsgeräusch:  schwach  kräftig

<input type="checkbox"/> Brummen	<input type="checkbox"/> Pfeifen	<input type="checkbox"/> lautlos
<input type="checkbox"/> Summen	<input type="checkbox"/> Knall	<input type="checkbox"/> nichts gehört
<input type="checkbox"/> Sausen	<input type="checkbox"/> Hochfrequenz	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<input type="checkbox"/> Singen	<input type="checkbox"/> Niedrige Frequenz	<input type="checkbox"/> anders: _____

7.2 Bemerkten Sie Geräuschsänderung:  Ja  Nein  weiß nicht Falls ja, welche Änderung: \_\_\_\_\_

8.1 Wie groß war der Gegenstand:  Stern  Flugzeug  Vollmond  größer als Vollmond  weiß nicht  anders: \_\_\_\_\_

8.2 Die Größe des Gegenstandes bei gestrecktem Arm (Daumen/Zeigefinger) \_\_\_\_\_ cm.

8.3 War eine abgegrenzte Form zu erkennen:  Ja  Nein  weiß nicht

8.4 Beschreiben Sie die Form des Objektes so genau wie möglich (und zeichnen Sie es auf die Rückseite des Zusatzbogens):

9.1 Zeigen Sie mit einem Kreuz an dem Kreis an, in welcher Himmelsrichtung sich das Objekt befand. Falls Kompaßrichtung bekannt, bitte in Graden angeben:

\_\_\_\_\_

9.2 Zeigen Sie mit einem Kreuz an dem Kreis an, in welcher Himmelsrichtung sich das Objekt bei Beobachtungsende befand. Bei Kompaßrichtung bitte in Graden:

\_\_\_\_\_

9.3 Das Objekt bewegte sich:  von rechts nach links  von links nach rechts  weiß nicht  anders: \_\_\_\_\_

9.4 Zeigen Sie mit einem Kreuz auf dem Bogen, wie hoch das Objekt beim Erblicken war.

9.5 Zeigen Sie mit einem Kreuz auf dem Bogen, wie hoch das Objekt war, bevor es verschwand.

9.6 Unternahm das Objekt Kursänderungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht		Falls ja, welche:	
9.7 Unternahm das Objekt Höhenänderungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht		Falls ja, welche:	
9.8 Unternahm das Objekt Geschwindigkeitsänderungen: Falls ja, welche: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht			
10.1 Wie sahen Sie das Objekt:		<input type="checkbox"/> Aufgrund der Lichtstärke <input type="checkbox"/> sah in den Himmel	<input type="checkbox"/> Wurde darauf aufmerksam gemacht <input type="checkbox"/> Aufgrund des Geräusches
10.2 Wie verschwand das Objekt aus Ihrer Sicht:			
10.3 Flog das Objekt vor/hinter Etwas, z. B. Wolken oder Terraingegenstände (Häuser, Bäume, Masten oder dergleichen)? Beschreiben Sie dies ggf. näher:			
10.4. Das Objekt wurde durch/mit gesehen:		<input type="checkbox"/> bloßes Auge <input type="checkbox"/> Fenster <input type="checkbox"/> Autofenster	<input type="checkbox"/> Polaroidbrille <input type="checkbox"/> andere Brillen <input type="checkbox"/> Polaroidsonnenbrillen <input type="checkbox"/> andere Sonnenbrillen <input type="checkbox"/> Fernrohr/Stärke: _____ <input type="checkbox"/> Teleskop: _____
11.1 Waren Zeugen dabei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht		11.2 Anzahl der Zeugen, wenn möglich mit Adresse: _____ _____ _____	
11.3 Wurde versucht das Objekt zu fotografieren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht		Wenn ja, von wem:	
11.4 Waren während oder nach der Beobachtung physische Wirkungen an Ihnen oder an Gegenständen um Sie herum zu sehen, wie z. B.: Personen, Tiere, Autos, Mopeds, Uhren oder anderem technischen Gerät, Bäumen oder dergleichen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht   Falls ja, beschreiben Sie diese:			
11.5 Bemerkten Sie psychische Wirkungen?		Während der Beobachtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
		Nach der Beobachtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
11.6 Falls Sie eine psychische Wirkung feststellten, beschreiben Sie diese näher: _____ _____			
12.1 Der Himmel war zu dem Zeitpunkt der Beobachtung: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> bewölkt <input type="checkbox"/> leicht bew. <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> anders: _____		12.2 Das Wetter: <input type="checkbox"/> diesig <input type="checkbox"/> neblig <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Hagel <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Gewitter <input type="checkbox"/> Sprühreg. <input type="checkbox"/> anders: _____	
		12.3 Der Wind kann beschrieben werden mit: <input type="checkbox"/> leichter Wind <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> starker Wind <input type="checkbox"/> windstill <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> anders: _____	
12.4 Von welcher Himmelsrichtung kam der Wind: _____		12.5 Temperatur ca. _____ °C	
12.6 Es war: <input type="checkbox"/> Hell <input type="checkbox"/> Dämmerung <input type="checkbox"/> Dunkel <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> anders: _____			
12.7 Die Stellung der Sonne war im Verhältnis zu Ihnen: <input type="checkbox"/> Vorne <input type="checkbox"/> Hinten <input type="checkbox"/> Über Ihnen <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Nicht sichtb. <input type="checkbox"/> nicht auf <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> anders: _____		12.8 Die Stellung des Mondes war im Verhältnis zu Ihnen: <input type="checkbox"/> Vorne <input type="checkbox"/> Hinten <input type="checkbox"/> Über Ihnen <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Nicht sicht. <input type="checkbox"/> nicht auf <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> anders: _____	
13.1 Haben Sie geschwächte Augen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		13.2 Sind Sie farbenblind? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13.3 Haben Sie selbst eine Erklärung zu Ihrer Beobachtung?			
13.4 Haben Sie schon früher Beobachtungen gemacht/gemeldet? Falls ja, wann fand diese statt: _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
13.5 Wie groß war nach Ihrem Ermessen die Entfernung: _____ m.		13.6 Wie groß war das Objekt nach Ihrem Ermessen: _____ m.	
13.7 Dürfen wir bei einer eventuellen Veröffentlichung Ihren Namen, Beruf erwähnen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		13.8 Ich erkläre hiermit, daß die hier abgegebenen Aussagen der Wahrheit entsprechen: _____, den 19 _____ (Unterschrift)	