





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 Terrainegegenstände (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 ihn. <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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Falls ja, wann fand diese statt: _____	
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 _____ (Unterschrift)	