

ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis:		Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3
(3) Nachname(n):		(4) frühere(r) Familienname(n):		(12) Antrag auf: Erstausstellung Verlängerung/Erneuerung		
(5) Vorname(n)		(6) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	(7) Geschlecht: männlich weiblich	(13) Referenz-Nummer des Antragstellers:		
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		(14) Angestrebte Lizenzart:		
(10) Ständiger Wohnsitz: Staat: Telefonnummer: Mobiltelefonnummer: E-Mail Adresse:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch) Staat: Telefonnummer:		(15) Beruf (Hauptberuf):		
				(16) Arbeitgeber:		
				(17) letzte flugmed. Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: Ort:		
(18) Welche Lizenz(en) besitzen Sie? Lizenznummer(n): Ausstellungsstaat:		(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz(en) oder Tauglichkeitszeugnis: nein ja				
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Genehmigungsbehörde verweigert, zum Ruhen gebracht oder widerrufen? nein ja Datum: Staat: Einzelheiten:		(21) Gesamtflugzeit:		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:		
		(23) Derzeit geflogene Luftfahrzeugklassen/-muster:				
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein ja Datum: Ort: Einzelheiten:		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:				
		(26) Gegenwärtige fliegerische bzw. Fluglotsen-Tätigkeit: Einmannbesatzung Mehrmannbesatzung ADI APS ACS				
(27) Trinken Sie Alkohol? nein ja, Menge:		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein ja Bezeichnung der Medikamente, Dosis, Seit wann?, Grund?				
(29) Rauchen Sie? Noch nie nein Wann aufgehört: ja Art und Menge:						

Allgemeine und medizinische Vorgeschichte:

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen/Auffälligkeiten? Jede Frage muss mit **ja** oder **nein** beantwortet (angekreuzt) werden. Wenn **ja** bitte unter Bemerkungen (30) näher erläutern.

ja		nein		ja		nein		ja		nein		Familienvorgeschichte		ja		nein	
101 Augenerkrankung/ Augenoperation				114 Häufige oder starke Kopfschmerzen				125 Geschlechtskrankheit					170 Herzerkrankungen				
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen?				115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle				126 Schlafstörung/Schlafapnoe					171 Bluthochdruck				
103 Änderung der verschriebenen Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung				116 Bewusstlosigkeit				127 Muskel-Skelett-Erkrankung/ Beeinträchtigung					172 Hohe Cholestrinwerte				
104 Allergie oder Heuschnupfen				117 Neurologische Erkrankungen; Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.				128 Sonstige Erkrankung oder Verletzung					173 Epilepsie				
105 Asthma oder Lungenerkrankungen				118 Psychische oder psychiatrische Störung/Erkrankung (jeglicher Art)				129 Krankenhausaufenthalt					174 Geisteskrankheit				
106 Herz-/Gefäßerkrankungen				119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch				130 Arztbesuch seit der letzten flugmed. Tauglichkeitsuntersuchung					175 Diabetes				
107 Zu hoher oder niedriger Blutdruck				120 Selbsttötungsversuch				131 Verweigerung einer Lebensversicherung					176 Tuberkulose				
108 Nierenstein(e) oder Blut im Ur				121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit				132 Verweigerung einer Piloten-/ Fluglotsen-Lizenz					177 Allergie/Asthma/Ekzem				
109 Diabetes, hormonelle Störungen				122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen				133 Medizinisch bedingte Wehruntauglich- keit oder Entlassung aus Militärdienst					178 Erbkrankheit				
110 Magen-/Leber- oder Darmkrankung				123 Malaria oder andere Tropenkrankheit				134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Verletzung oder Krankheit					179 Glaukom (grüner Star)				
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung				124 HIV-Test positiv									Nur von Frauen zu beantworten:				
112 Nasen-/Rachenerkrankung oder Sprachstörung													150 Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung				
113 Schädel-Hirntrauma/ Gehirnerschütterung													151 Besteht eine Schwangerschaft?				

(30) Bemerkungen: Bitte Bestätigung, wenn bisherige Erläuterungen unverändert

(31) Erklärung:
Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß abgeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass mir die Lizenzierungsbehörde die Erteilung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder mir ein bereits erteiltes Tauglichkeitszeugnis entziehen kann, wenn ich falsche oder irreführende Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag mache oder es unterlasse, die medizinischen Daten freizugeben. Weitere nach nationalen Rechtsvorschriften zu ergreifende Maßnahmen bleiben vorbehalten.

Einwilligung zur WY]HYf[UY'a YX]nb]gW Yf 8 UHb.

Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen dieses Berichtes und einzelner oder aller Unterlagen an den AME und die medizinischen Sachverständigen (MA) der Lizenzierungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für die Vervollständigung der medizinischen Tauglichkeitsuntersuchung verwendet werden und in den Besitz der Lizenzierungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt Einsicht entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewahrt.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift AME/med. Sachverständiger (MA)