



ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

VERTRAULICH

(1) JAA-Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:		(12) Antrag auf Erneuerungs-/Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>		
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:		(7) Geschlecht:		Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		(13) Referenz-Nummer:		
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch)		(14) Art der beantragten Lizenz:		
Staat: Telefonnummer:		Staat: Telefonnummer:		(15) Beruf (Hauptberuf):		
(18) Welche fliegerische Lizenz besitzen Sie? Lizenznummer: Ausstellungsstaat:		(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einzelheiten:		(16) Arbeitgeber:		
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde verweigert, zum Ruhen gebracht oder widerrufen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Staat:		(21) Gesamtflugzeit:		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:		
(24) Flugunfälle oder fliegerische Zwischenfälle seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Ort:		(23) Derzeit geflogene Muster:		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:		
(27) Alkohol? Wie häufig? Wieviel?		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
(29) Rauchen Sie? Noch nie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann aufgehört: Art und Menge:				(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: allein <input type="checkbox"/> Zweimannbesatzung <input type="checkbox"/>		

Die allgemeine und medizinische Vorgeschichte muss bei der Erstuntersuchung oder bei geändertem Gesundheitsstatus ausgefüllt werden: Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen/Auffälligkeiten? Jede Frage muss mit ja oder nein beantwortet werden. Antworten mit ja bitte unter Bemerkungen (30) näher erläutern.

ja		nein		ja		nein		ja		nein		ja		nein	
101 Augenerkrankungen/Operationen				114 Häufige o. starke Kopfschmerzen				124 Positiver HIV-Test				Nur von Frauen zu beantworten:			
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen				115 Schwindel o. Ohnmachtsanfälle				125 Geschlechtskrankheiten				150 Gynäkologische Erkrankungen			
103 Änderung der Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung				116 Bewusstlosigkeit				126 Krankenhausaufenthalte				151 Besteht eine Schwangerschaft?			
104 Allergie oder Heuschnupfen				117 Neurologische Erkrankungen: Epilepsie, Anfälle, Lähmungserscheinungen etc.				127 Sonstige Erkrankungen oder Verletzungen				Familienvorgeschichte:			
105 Asthma oder Lungenerkrankungen				118 Psychische oder psychiatrische Störungen/Erkrankungen				128 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung				170 Herzerkrankungen			
106 Herz-/Gefäßkrankungen				119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch				129 Verweigerung einer Lebensversicherung				171 Bluthochdruck			
107 Hoher oder niedriger Blutdruck				120 Selbsttötungsversuch				130 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz				172 Fettstoffwechselstörung			
108 Nierensteine oder Blut im Urin				121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit				132 Medizinisch bedingte Abwesenheit oder Entlassung vom Militärdienst				173 Epilepsie			
109 Zuckererkrankungen oder hormonelle Störungen				122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Blutkrankungen				133 Pensions-/Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit				174 Geisteskrankheit			
110 Magen-/Leber- oder Darmkrankung				123 Malaria oder andere Tropenkrankheiten								175 Zuckerkrankheit			
111 Taubheit oder Ohrenkrankung												176 Tuberkulose			
112 Nasen-/Rachenkrankung oder Sprachstörung												177 Allergien/Asthma/Ekzem			
113 Schädel-/Hirntrauma												178 Frakturkrankheit			
												179 erhöhter Augeninnendruck			

Bei Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchungen ohne geänderten Gesundheitsstatus müssen die folgenden Fragen beantwortet werden (siehe JAR-FCL 3.040):

(1) stationärer Klinik- oder Krankenhausaufenthalt von mehr als 12 Stunden; (2) chirurgischer Eingriff oder sonstige invasive Maßnahme; (3) Notwendigkeit zum Tragen einer korrigierenden Sehhilfe; (4) Erkrankung, die eine Tätigkeit als Flugbesatzungsmitglied für mindestens 21 Tage nicht zulässt. nein ja (Bei Antwort mit ja bitte unter Bemerkungen (30) näher erläutern).

(30) **Bemerkungen:** Haben sich Änderungen gegenüber der Voruntersuchung ergeben?

(31) **Erklärung:** Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig, nach bestem Wissen und Gewissen vollständig richtig abgeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch falsche Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die für die Erteilung der Lizenz zuständige Stelle im Falle falscher oder irreführender Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag oder im Falle der Zurückhaltung ergänzender medizinischer Informationen eine Überprüfung meiner Zuverlässigkeit/Tauglichkeit gemäß § 24c, Abs. 2 LuftVZO anordnen kann; sonstige Verfahren aufgrund nationaler Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

Einwilligung zur Weitergabe flugmedizinischer Informationen:

Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und für den Fall einer Überprüfung der Zuverlässigkeit/Tauglichkeit an die für die Erteilung meiner Lizenz zuständige Stelle, den flugmedizinischen Bereich des Luftfahrt-Bundesamtes und sofern erforderlich, den flugmedizinischen Bereich der Behörde eines JAA-Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherte Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften an den flugmedizinischen Bereich des Luftfahrt-Bundesamtes weitergeleitet werden. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Unterschrift des flugmed. Sachverständ.
(Zeuge)