



ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSEUGNISSSES

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: | | (13) Referenz-Nummer: |
| (8) Geburtsort und -staat: | | (9) Staatsangehörigkeit: | | (14) Art der beantragten Lizenz: | | |
| (10) Ständiger Wohnsitz: | | (11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch) | | (15) Beruf (Hauptberuf): | | |
| Staat: Telefonnummer: | | Staat: Telefonnummer: | | (16) Arbeitgeber: | | |
| (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: | | | | |
| (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) Gesamtflyzeit: | | (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: | | | | |
| (27) Alkohol? Wie häufig? Wieviel? | | (25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit: | | | | |
| (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"/> | | | | |
| | | (28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Medikamente, Dosis, seit wann, Grund? nein <input type="checkbox"/> ja <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 | |
| 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 | |
| 105 Asthma oder Lungenerkrankungen | | | 118 Psychische oder psychiatrische Störungen/Erkrankungen | | | | 128 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung | Familienvorgeschichte: |
| 106 Herz-/Gefäßkrankungen | | | 119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch | | | | 129 Verweigerung einer Lebensversicherung | 170 Herzkrankungen |
| 107 Hoher oder niedriger Blutdruck | | | 120 Selbsttötungsversuch | | | | 130 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz | 171 Bluthochdruck |
| 108 Nierensteine oder Blut im Urin | | | 121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit | | | | 132 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst | 172 Fettstoffwechselstörung |
| 109 Zuckerkrankungen oder hormonelle Störungen | | | 122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen | | | | 133 Pensions-/Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit | 173 Fettleber |
| 110 Magen-/Leber- oder Darmerkrankung | | | 123 Malaria oder andere Tropenkrankheiten | | | | | 174 Geisteskrankheit |
| 111 Taubheit oder Ohrenperforation | | | | | | | | 175 Zuckerkrankheit |
| 112 Nasen-/Rachenkrankung oder Sprachstörung | | | | | | | | 176 Tuberkulose |
| 113 Schädel-Hirntrauma | | | | | | | | 177 Allergie/Asthma/Ekzem |
| | | | | | | | | 178 Erbkrankheit |
| | | | | | | | | 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 abgegeben 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)