



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 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/>	
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf: Erstausstellung <input type="checkbox"/> Verlängerung/Erneuerung <input type="checkbox"/>
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	(7) Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenz-Nummer:
(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:	
(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): Lizenznummer: Ausstellungsstaat:		(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Genehmigungsbehörde verweigert, zum Ruhen gebracht oder widerrufen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Staat: Einzelheiten:		(21) Gesamflugzeit:	(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Ort: Einzelheiten:		(23) Derzeit geflogene Luftfahrzeugklassen/-muster:	
(27) Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:	
(29) Rauchen Sie? Noch nie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann aufgehört: ja <input type="checkbox"/> Art und Menge:		(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: Einmannbesatzung <input type="checkbox"/> Mehrmannbesatzung <input type="checkbox"/>	
		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?	

Allgemeine und medizinische Vorgeschichte:

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 / Augenoperationen				114 Häufige oder starke Kopfschmerzen				125 Geschlechtskrankheit				170 Herzerkrankungen			
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen				115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle				126 Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom				171 Bluthochdruck			
103 Änderung der Brillen- / Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung				116 Bewusstlosigkeit				127 Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung				172 Fettstoffwechselstörung			
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				129 Krankenhausaufenthalt				174 Geisteskrankheit			
106 Herz- / Gefäßerkrankungen				119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch				130 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung				175 Zuckerkrankheit			
107 Hoher oder niedriger Blutdruck				120 Selbsttötungsversuch				131 Verweigerung einer Lebensversicherung				176 Tuberkulose			
108 Nierensteine oder Blut im Urin				121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit				132 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz				177 Allergie / Asthma / Ekzem			
109 Diabetes, hormonelle Störungen				122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen				133 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst				178 Erbkrankheit			
110 Magen- / Leber- oder Darmerkrankung				123 Malaria oder andere Tropenkrankheit				134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit				179 erhöhter Augeninnendruck			
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung				124 Positiver HIV-Test								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 abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass mir die Genehmigungsbehörde 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 Informationen freizugeben. Weitere nach nationalen Rechtsvorschriften zu ergreifende Maßnahmen bleiben unberührt.

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen: Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen des Berichtes und einzelner oder aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und ggf. den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss der medizinischen Beurteilung Verwendung finden und in den Besitz der Genehmigungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften Zugang gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des AME / med. Sachverständigen