



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 Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungs-/Verlängerungs- untersuchung <input type="checkbox"/>		
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:		(7) Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		(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:		(17) Letzte Untersuchung: Datum: Ort:				
(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: Einzelheiten:		(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: Einzelheiten:		(23) Derzeit geflogene Muster:				
(27) Alkohol? Wie häufig? Wieviel?		(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: allein <input type="checkbox"/> Zweimannbesatzung <input type="checkbox"/>				
		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?				

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					
105 Asthma oder Lungenerkrankungen			118 Psychische oder psychiatrische Störungen/Erkrankungen			128 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung			Familienvorgeschichte:		
106 Herz-/Gefäßerkrankungen			119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch			129 Verweigerung einer Lebensversicherung			170 Herzerkrankungen		
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 Zuckererkrankungen oder hormonelle Störungen			122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen			133 Pensions-/Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit			173 Epilepsie		
110 Magen-/Leber- oder Darmerkrankung			123 Malaria oder andere Tropenkrankheiten						174 Geisteskrankheit		
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung									175 Zuckerkrankheit		
112 Nasen-/Rachenerkrankung 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)
----------------	--	--