

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Vertraulich

| | | | |
|---|--|--|--|
| (1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll: | | (2) Beantragte Tauglichkeit: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| (3) Familienname: | | (4) Früherer Familienname: | |
| (5) Vorname: | | (6) Geburtsdatum: (7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| (8) Geburtsort und -staat: | | (9) Staatsangehörigkeit: | |
| (10) Ständiger Wohnsitz: | | (11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.): | |
| Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E-Mail: | | Telefonnummer: | |
| (18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): | | Lizenznummer: Ausstellungsstaat: | |
| (20) Hat Ihnen jemals ein Fliegerarzt ein Tauglichkeitszeugnis nicht ausgestellt, oder wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde widerrufen oder wurde Ihnen jemals ein Solches erst nach einer Konsultation/Verweisung/Zweitüberprüfung ausgestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Datum: Staat: Einzelheiten: | | | |
| (24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Datum: Ort: Einzelheiten: | | | |
| (27) Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge | | | |
| (28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Medikament, Dosis, seit wann, Grund: | | | |
| (12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung | | (13) Referenznummer: | |
| (14) Luftfahrerlizenz die Sie halten oder erwerben möchten: | | | |
| (15) Beruf (Hauptberuf): | | | |
| (16) Arbeitgeber: | | | |
| (17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: Ort: | | | |
| (19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Einzelheiten: | | | |
| (21) Gesamtflugzeit: | | (22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung: | |
| (23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp: | | | |
| (25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit: | | | |
| (26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Einmannbesatzung <input type="checkbox"/> Mehrmannbesatzung | | | |
| (29) Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Noch nie <input type="checkbox"/> Wann aufgehört <input type="checkbox"/> 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 werden. Antworten mit ja bitte unter Bemerkungen (30) näher erläutern.

| | Ja | Nein | | Ja | Nein | | Ja | Nein | | Ja | Nein | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| (101) Augenerkrankungen / Augenoperationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (112) Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (123) Malaria oder andere Tropenkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Familienvorgeschichte | (170) Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (113) Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (124) Positiver HIV-Test | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (171) Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (103) Änderung der Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (114) Häufige oder starke Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (125) Geschlechtskrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (172) Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (104) Allergie oder Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (126) Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (173) Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (105) Asthma oder Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (116) Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (127) Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (174) Geisteskrankheit oder Selbsttötung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (106) Herz- / Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (117) Neurologische Erkrankungen: Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (128) Sonstige Erkrankung oder Verletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (175) Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (118) Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (129) Krankenhausaufenthalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (176) Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (108) Nierensteine oder Blut im Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (177) Allergie/Asthma/Ekzeme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (109) Diabetes, hormonelle Störungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (120) Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (131) Verweigerung einer Lebensversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (178) Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | (179) erhöhter Augeninnendruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (111) Taubheit oder Ohrenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (122) Anämie, Sichelzellenanämie oder andere Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Nur von Frauen zu beantworten | | |
| | | | | | | (134) Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (150) Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | | (151) Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

(30) Bemerkungen (stets vollständig angeben):

(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 die Genehmigungsbehörde die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder bereits erteilte Tauglichkeitszeugnisse widerrufen kann, wenn ich im Zusammenhang mit diesem Antrag falsche oder irreführende Angaben gemacht habe oder ergänzende medizinische Informationen zurückgehalten habe. Dies gilt unbeschadet sonstiger Maßnahmen nach nationalem Recht.

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischer Informationen: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen - wenn erforderlich - an den medizinischen Sachverständigen meiner Genehmigungsbehörde, den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde meines flugmedizinischen Sachverständigen und an Fachärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe zum Zweck der Durchführung einer flugmedizinischen Beurteilung oder einer Zweitüberprüfung (secondary review) zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Beurteilung verwendet werden sollen und in das Eigentum der Genehmigungsbehörde übergehen und dort verbleiben, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

MITTEILUNG DER OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und mir bewusst ist, dass die in meinem flugmedizinischen Tauglichkeitszeugnis gemäß ARA.MED.130 enthaltenen Daten elektronisch gespeichert und meinem flugmedizinischen Sachverständigen zur Verfügung gestellt werden können, um die in MED.A.035 (b)(2)(ii)(iii) geforderten Daten zur Vorgeschichte bereitzustellen, sowie den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörden der Mitgliedsstaaten, um die Durchsetzung von ARA.MED.150(c)(4) zu ermöglichen.

| | | | |
|-------|---------------------------------|---|--|
| | | | Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen: |
| Datum | Unterschrift des Antragstellers | Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen | |