

Pseudonymisierungs-
Nummer:

Medizinischer Bericht gemäß § 21 Absatz 1 der Verordnung über Luftfahrtpersonal

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"/>	
		(12) Antrag auf: Erstausstellung <input type="checkbox"/> Verlängerung/Erneuerung <input type="checkbox"/>	
(6) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	(7) Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		
		(14) Angestrebte Lizenzart:	
		(15) Beruf (Hauptberuf):	
		(16) Arbeitgeber:	
		(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: Ort:	
(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): 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 Genehmigungsbehörde 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:
		(23) Derzeit geflogene Luftfahrzeugklassen/-muster:	
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Ort: Einzelheiten:		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:	
		(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: Einmannbesatzung <input type="checkbox"/> Mehrmannbesatzung <input type="checkbox"/>	
(27) Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?	
(29) Rauchen Sie? Noch nie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann aufgehört: ja <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				114 Häufige oder starke Kopfschmerzen				125 Geschlechtskrankheit							
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen				115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle				126 Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom							
103 Änderung der Brillen- / Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung				116 Bewusstlosigkeit				127 Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung							
104 Allergie oder Heuschnupfen				117 Neurologische Erkrankungen; Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.				128 Sonstige Erkrankung oder Verletzung							
105 Asthma oder Lungenerkrankungen				118 Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung				129 Krankenhausaufenthalt							
106 Herz- / Gefäßerkrankungen				119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch				130 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung							
107 Hoher oder niedriger Blutdruck				120 Selbsttötungsversuch				131 Verweigerung einer Lebensversicherung							
108 Nierensteine oder Blut im Urin				121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit				132 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz							
109 Diabetes, hormonelle Störungen				122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen				133 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst							
110 Magen- / Leber- oder Darmerkrankung				123 Malaria oder andere Tropenkrankheit				134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit							
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung				124 Positiver HIV-Test											
112 Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung															
113 Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung															

(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 abgeben 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.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des AME / med. Sachverständigen