



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 Tauglichkeits- untersuchung:
(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?		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
(29) Rauchen Sie? Noch nie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann aufgehört: Art und Menge:						

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)



MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

(201) Untersuchungs- kategorie Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/>	(202) Größe cm	(203) Gewicht kg	(204) Augen- farbe	(205) Haar- farbe	(206) Ruheblutdruck mmHg		(207) Ruhepuls	
					systolisch	diastolisch	Frequenz	Rhythmus
Klinische Untersuchung jeder Punkt ist abzufragen					Normal	Abnormal	Normal	Abnormal
(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut			(218) Bauch, Hernien, Leber, Milz					
(209) Mundhöhle, Rachen, Zähne			(219) Anus, Rektum					
(210) Nase, Nasennebenhöhlen			(220) Harn- und Geschlechtsorgane					
(211) Ohren, Trommelfell, Trommelfellbeweglichkeit			(221) Endokrines System					
(212) Augen, Orbita und Adnexe, Gesichtsfeld			(222) obere und untere Extremität, Gelenke					
(213) Augen, Pupillen, Augenhintergrund			(223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat					
(214) Augen, Beweglichkeit, Nystagmus			(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)					
(215) Lunge, Thorax, Brust			(225) psychiatrische Untersuchung					
(216) Herz			(226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem					
(217) Gefäßsystem			(227) Gesamteindruck					
(228) Bemerkungen: Nicht normale Befunde sind zu beschreiben und mit der zutreffenden Ziffer zu versehen.								

Sehschärfe

(229) Fernvisus in 5 m				Brille/Kontaktlinsen			
Re. Auge uncorr.		korr. auf					
Li. Auge uncorr.		korr. auf					
Bd. Augen uncorr.		korr. auf					
(230) Zwischenvisus				unkorrigiert		korrigiert	
N9 in 100 cm				ja	nein	ja	nein
rechtes Auge							
linkes Auge							
beide Augen							
(231) Nahvisus				unkorrigiert		korrigiert	
N1 in 30-50 cm				ja	nein	ja	nein
rechtes Auge							
linkes Auge							
beide Augen							

(232) Brille				(233) Kontaktlinsen			
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Art:				Art:			
Refraktion	Sphäre	Zylinder	Achse	Art:	Art:	Art:	Art:
rechtes Auge							
linkes Auge							

(234) Hörvermögen							rechtes Ohr		linkes Ohr	
(wenn 241 nicht durchgeführt)							ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Arzt							ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Audiometrie										
Hz	500	1000	2000	3000	4000	8000				
rechts										
links										

(235) Hamalanalyse				Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>
Glukose	Eiweiß	Blut	Sonstiges		

(248) Bemerkungen, Einschränkungen, Auflagen:

(249) Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen:

Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine flugmedizinische Praxisgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.		
(250) Ort und Datum: _____	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen (in Großbuchstaben)	Stempel mit Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:		
Telefon: _____ Telefax: _____		

(236) Lungenfunktion		(237) Hämoglobin		
Peak Flow	l/min		g/dl	
normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	nicht normal <input type="checkbox"/>	
Begleitbefunde		nicht durchgeführt	normal	nicht normal
(238) EKG				
(239) Audiometrie				
(240) augenfachärztliche Untersuchung				
(241) HNO-fachärztliche Untersuchung				
(242) Thorax-Röntgenaufnahme				
(243) Lipidstatus				
(244) Lungenfunktionstest				
(245) EEG				
Sonstige				

(246) Farberkennung:			
Pseudoisochromatische Tafeln		Art:	
Anzahl d. Tafeln:	Anzahl d. Fehler:	linkes Auge:	rechts Auge:

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:			
Name des Bewerbers: _____			
Geburtsdatum: _____			
Erreichte Tauglichkeitsklasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
Ausgestelltes Tauglichkeitszeugnis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	anderes <input type="checkbox"/>
Untauglichkeit Klasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
(entsprechenden JAR-FCL 3 Paragraphen angeben)			
<input type="checkbox"/> Zur weiteren Klärung abgegeben. Wenn ja, warum und an wen?			