

# ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

VERTRAULICH

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:		(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-/Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>		
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht:		(13) Referenz-Nummer:	
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		(14) Angestrebte Lizenzart: (freiwillige Angaben)		
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Angabe 10 nicht identisch)		(15) Beruf (Hauptberuf): (freiwillige Angaben)		
Staat: Telefonnummer (freiwillige Angaben): Mobiltelefonnr. (freiwillige Angaben): E-Mail Adresse (freiwillige Angaben): @		Staat: Telefonnummer: (freiwillige Angaben)		(16) Arbeitgeber: (freiwillige Angaben)		
(18) Welche fliegerische Lizenz besitzen Sie? Lizenznummer:		Ausstellungsstaat:		(17) Letzte Untersuchung: Datum:  Ort:		
(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einzelheiten:		(20) Ist Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einem flugmedizinischen Sachverständigen verweigert oder zum Ruhen gebracht worden oder wurde ein Tauglichkeitszeugnis jemals zurückgenommen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum, Staat, Einzelheiten:  Wurde bei Ihnen jemals eine weitergehende Überprüfung der Tauglichkeit durchgeführt? Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum, Staat, Einzelheiten:		(21) Gesamtflugzeit: (freiwillige Angaben)		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeits- untersuchung: (freiwillige Angaben)
(24) Flugunfälle oder fliegerische Zwischenfälle (aus medizinischen Gründen) seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Ort: Einzelheiten:		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit: (freiwillige Angaben)		(23) Derzeit geflogene Muster: (freiwillige Angaben)		
(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"/> 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			
101	Augenerkrankungen/Augenoperationen			112	Nasen-/Rachenerkrankung oder Sprachstörung			123	Malaria oder andere Tropenkrankheiten			<b>Familienvorgeschichte:</b>		
102	Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen			113	Schädel-Hirntrauma			124	Positiver HIV-Test				170	Herzkrankungen
103	Änderung der Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung			114	Häufige oder starke Kopfschmerzen			125	Geschlechtskrankheiten				171	Bluthochdruck
104	Allergie oder Heuschnupfen			115	Schwindel oder Ohnmachtsanfälle			126	Krankenhausaufenthalt				172	Fettstoffwechselstörung
105	Asthma oder Lungenerkrankungen			116	Bewusstlosigkeit			127	Sonstige Erkrankungen oder Verletzungen				173	Epilepsie
106	Herz-/Gefäßerkrankungen			117	Neurologische Erkrankungen, Epilepsie, Anfälle, Lähmungerscheinungen etc			128	Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung				174	Geisteskrankheit
107	Hoher oder niedriger Blutdruck			118	Psychische oder psychiatrische Störungen/Erkrankungen			129	Verweigerung einer Lebensversicherung				175	Zuckerkrankheit
108	Nierensteine oder Blut im Urin			119	Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch			130	Verweigerung einer fliegerischen Lizenz				176	Tuberkulose
109	Zuckererkrankungen oder hormonelle Störungen			120	Selbsttötungsversuch								177	Allergie/Asthma/Ekzem
110	Magen-/Leber- oder Darmerkrankung			121	Behandlungsbedürftige Reisekrankheit			132	Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst				178	Erbkrankheit
111	Taubheit oder Ohrenerkrankung			122	Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen								179	erhöhter Augeninnendruck
											<b>Nur von Frauen zu beantworten:</b>			
											150	Gynäkologische Erkrankungen, Regelblutungsprobleme		
											151	Besteht eine Schwangerschaft		

(30) **Bemerkungen:**

(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.

----- Datum	----- Unterschrift des Antragstellers	----- Unterschrift des flugmed. Sachverständ. (Zeuge)
----------------	--	--