



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"/>	
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf: Erstausstellung <input type="checkbox"/> Verlängerung/Erneuerung <input type="checkbox"/>
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	(7) Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenz-Nummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:	(14) Angestrebte Lizenzart:	
(10) Ständiger Wohnsitz: Staat: Telefonnummer: Mobiltelefonnummer: E-Mail Adresse:	(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch) Staat: Telefonnummer:		(15) Beruf (Hauptberuf):
			(16) Arbeitgeber:
			(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: Ort:
(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): Lizenznummer: Ausstellungsstaat:		(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
(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) Gesamtflogzeit:	(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Datum: Ort: Einzelheiten:		(23) Derzeit geflogene Luftfahrzeugklassen/-muster:	
(27) Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge		(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: Einmannbesatzung <input type="checkbox"/> Mehrmannbesatzung <input type="checkbox"/>	
		(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?	

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	
								Familienvorgeschichte							
101 Augenerkrankungen / Augenoperationen		114 Häufige oder starke Kopfschmerzen		125 Geschlechtskrankheit		170 Herzerkrankungen									
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen		115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle		126 Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom		171 Bluthochdruck									
103 Änderung der Brillen- / Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung		116 Bewusstlosigkeit		127 Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung		172 Fettstoffwechselstörung									
104 Allergie oder Heuschnupfen		117 Neurologische Erkrankungen; Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.		128 Sonstige Erkrankung oder Verletzung		173 Epilepsie									
105 Asthma oder Lungenerkrankungen		118 Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung		129 Krankenhausaufenthalt		174 Geisteskrankheit									
106 Herz- / Gefäßerkrankungen		119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch		130 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung		175 Zuckerkrankheit									
107 Hoher oder niedriger Blutdruck		120 Selbsttötungsversuch		131 Verweigerung einer Lebensversicherung		176 Tuberkulose									
108 Nierensteine oder Blut im Urin		121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit		132 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz		177 Allergie / Asthma / Ekzem									
109 Diabetes, hormonelle Störungen		122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen		133 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst		178 Erbkrankheit									
110 Magen- / Leber- oder Darmerkrankung		123 Malaria oder andere Tropenkrankheit		134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit		179 erhöhter Augeninnendruck									
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 abgegeben 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.

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen: Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen des Berichtes und einzelner oder aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und ggf. den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss der medizinischen Beurteilung Verwendung finden und in den Besitz der Genehmigungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften Zugang gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des AME / med. Sachverständigen



Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <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 männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenznummer:
(301) Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen zu.			
----- Datum		----- Unterschrift des Antragstellers	
		----- Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen	

(302) Untersuchungskategorie:	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung <input type="checkbox"/>	

Klinische Untersuchung:

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen		normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider			
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)			
(306) Lage und Beweglichkeit			
(307) Gesichtsfelder			
(308) Pupillenreflexe			
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)			
(310) Konvergenz	cm		
(311) Akkommodation	Dpt		

(312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)

Entfernung 5 m/6 m		Entfernung 30-50 cm	
Orthophorie		Orthophorie	
Esophorie		Esophorie	
Exophorie		Exophorie	
Hyperphorie		Hyperphorie	
Cyclophorie		Cyclophorie	
Tropie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Phorie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Fusionsreserve nicht geprüft <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>	

(313) Farberkennung

pseudoisochromatische Tafeln	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Untersuchungsmethode:	
Farbsicher:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

--

(322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):

Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes	E-Mail: Telefon: Telefax:	

Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 m/6 m				
	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		
(315) Zwischenvision in 1 m				
	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		
(316) Nahvisus in 30-50 cm				
	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		
(317) Refraktion objektiv	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				
Refraktion bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Refraktion aus Brillenpass: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

(318) Brille	(319) Kontaktlinsen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Art:	Art:

(320) Augeninnendruck	
re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>