

ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG 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:		
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Angabe 10 nicht identisch)		(15) Beruf (Hauptberuf):		
Staat: Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E-Mail Adresse: @		Staat: Telefonnummer:		(16) Arbeitgeber:		
(18) Welche fliegerische Lizenz besitzen Sie? Lizenznummer: Ausstellungsstaat:		(17) Letzte Untersuchung: Datum: Ort:				
(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:		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:		
(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?		(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						
101	Augenerkrankungen/Augenoperationen			112	Nasen-/Rachenerkrankung oder Sprachstörung			123	Malaria oder andere Tropenkrankheiten			Familienvorgeschichte:			
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 Ohrmächtsanfälle			126	Krankenhausaufenthalt			172	Fettstoffwechselstörung		
105	Asthma oder Lungenerkrankungen			116	Bewusstlosigkeit			127	Sonstige Erkrankungen oder Verletzungen			173	Epilepsie		
106	Herz-/Gefäßkrankungen			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			133	Pensions-/Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit			179	erhöhter Augeninnendruck		
										Nur von Frauen zu beantworten:					
										150	Gynäkologische Erkrankungen, Regelmäßigkeitsprobleme				
										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. 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.

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