

ANTRAG FÜR EIN TAUGLICHKEITSZEUGNIS

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Österreich

Vertraulich

(1) Staat der Lizenzbehörde:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: ☐ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ 3 (ATC) ☐ Cabin Crew ☐ Sonstige	
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:	
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum: (7) Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:	
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.):	
Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E-Mail:		Telefonnummer:	
(18) Besitzen Sie eine fliegerische Lizenz?		Lizenznummer: Ausstellungsstaat:	
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde verweigert, ausgesetzt oder widerrufen?		(12) Antrag auf: ☐ Erstuntersuchung ☐ Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung	
☐ Nein ☐ Ja Datum: Staat:		(13) System Referenznummer:	
Einzelheiten:		(14) Art der beantragten Lizenz:	
(24) fliegerische Vorkommnisse seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung?		(15) Beruf (Hauptberuf):	
☐ Nein ☐ Ja Datum: Ort:		(16) Arbeitgeber:	
Einzelheiten:		(17) Letzte Untersuchung: Datum: Ort:	
(27) Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, Menge		(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: ☐ Nein ☐ Ja Einzelheiten:	
(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Medikament, Dosis, seit wann, Grund:		(21) Gesamtflugzeit: (22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:	
☐ Nein ☐ Ja		(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp:	
		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:	
		(26) Derzeitige fliegerische Tätigkeit: ☐ allein ☐ Mannmannbesatzung Derzeitige ATCO Tätigkeit: ☐ ADI ☐ APS ☐ ACS	
		(29) Rauchen Sie? ☐ noch nie ☐ wann aufgehört? ☐ Art:	

Gibt es in Ihrer Vorgeschichte folgende Tatsachen? Hinter jeder Frage muss; Ja oder Nein (oder wie angegeben) angekreuzt werden. Bei zutreffender Antwort bitte unter Bemerkungen näher erläutern (30).

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
(101) Augenerkrankungen/Operation	☐	☐	(112) Nasen-Rachenerkrankung oder Sprachstörung	☐	☐	(123) Malaria oder andere Tropenkrankheiten	☐	☐	Familienvorgeschichte		
(102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	☐	☐	(113) Schädel-Hirntrauma	☐	☐	(124) Positiver HIV-Test	☐	☐	(170) Herzerkrankungen	☐	☐
(103) Hat sich die Brillenformel seit der letzten Untersuchung geändert?	☐	☐	(114) Häufige oder starke Kopfschmerzen	☐	☐	(125) Geschlechtskrankheiten	☐	☐	(171) Zu hoher Blutdruck	☐	☐
(104) Allergie oder Heuschnupfen	☐	☐	(115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle	☐	☐	(126) Schlafapnoe/Schlafstörungen	☐	☐	(172) Zu hohe Cholesterinwerte	☐	☐
(105) Asthma oder Lungenerkrankungen	☐	☐	(116) Bewusstlosigkeit	☐	☐	(127) Muskelskelett-Erkrankung	☐	☐	(173) Epilepsie	☐	☐
(106) Herz- oder Kreislauferkrankungen	☐	☐	(117) Neurologische Erkrankungen: Epilepsie, Anfälle, Lähmungserscheinungen etc.	☐	☐	(128) Sonst. Erkrankungen oder Verletzungen	☐	☐	(174) Geisteskrankheit oder Suizid	☐	☐
(107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	☐	☐	(118) Psychische/psychiatrische Störungen irgendeiner Art Depression, Angst, etc.	☐	☐	(129) Krankenhausaufenthalte	☐	☐	(175) Diabetes	☐	☐
(108) Nierensteine oder Blut im Urin	☐	☐	(119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch	☐	☐	(130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung	☐	☐	(176) Tuberkulose	☐	☐
(109) Diabetes oder hormonelle Störungen	☐	☐	(120) Versuchter Suizid oder Selbstverletzung	☐	☐	(131) Verweigerung einer Lebensversicherung	☐	☐	(177) Allergie/Asthma/Ekzem	☐	☐
(110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankungen	☐	☐	(121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	☐	☐	(132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz	☐	☐	(178) Erbkrankheiten	☐	☐
(111) Taubheit oder Ohrenerkrankung	☐	☐	(122) Anämie/Sichelzellanämie andere Bluterkrankungen	☐	☐	(133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst	☐	☐	(179) Glaukom	☐	☐
						(134) Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit	☐	☐	Nur von Frauen zu beantworten		
									(150) Gynäkologische Erkrankungen	☐	☐
									(151) Sind Sie schwanger?	☐	☐

(30) Bemerkungen:

(31) Erklärung: hiermit erkläre ich, dass ich obige 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 Lizenz-Behörde im Falle falscher oder irreführender Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag oder im Falle der Zurückhaltung ergänzender medizinischer Informationen die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder bereits erteilte Tauglichkeitszeugnisse widerrufen kann; sonstige Verfahren auf Grund nationaler Rechtsvorschriften bleiben vorbehalten.

Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Informationen: hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, den flugmedizinischen Dienst der Lizenz-Behörde und sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherte Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Lizenz-Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

MITTEILUNG DER OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und verstehe, dass die in meinem flugmedizinischen Tauglichkeitszeugnis gemäß ARA.MED.130 enthaltenen Daten elektronisch gespeichert und meinem flugmedizinischen Sachverständigen zur Verfügung gestellt werden können, um die in MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) geforderten historischen Daten dem flugmedizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten zur Verfügung zu stellen, um die Durchsetzung von ARA.MED.150 (c) (4) zu ermöglichen.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen: Tel: Fax: AME Nummer:
-------	---------------------------------	--	--