

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 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"/> Einzelheiten:		
(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) Gesamtflugzeit:		(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:	(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:		(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: Einmannbesatzung <input type="checkbox"/> Mehrmannbesatzung <input type="checkbox"/>
(27) Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge	(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?		
(29) Rauchen Sie? Noch nie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wann aufgehört: ja <input type="checkbox"/> Art und Menge:			

Allgemeine und medizinische Vorgesichte:

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	Familievorgeschichte	ja	nein
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		
			116 Bewusstlosigkeit			127 Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung			172 Fettsstoffwechselstörung		
103 Änderung der Brillen- / Kontaktlinsen- stärke seit der letzten Untersuchung			117 Neurologische Erkrankungen; Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.			128 Sonstige Erkrankung oder Verletzung			173 Epilepsie		
104 Allergie oder Heuschnupfen			118 Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung			129 Krankenhausaufenthalt			174 Geisteskrankheit		
105 Asthma oder Lungen- erkrankungen			119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch			130 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung			175 Zuckerkrankheit		
106 Herz- / Gefäß- erkrankungen			120 Selbsttötungsversuch			131 Verweigerung einer Lebensversicherung			176 Tbc		
107 Hoher oder niedriger Blutdruck			121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit			132 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz			177 Allergie / Asthma / Ekzem		
108 Nierensteine oder Blut im Urin			122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen			133 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst			178 Erbkrankheit		
109 Diabetes, hormonelle Störungen			123 Malaria oder andere Tropenkrankheit			134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit			179 erhöhter Augeninnendruck		
110 Magen- / Leber- oder Darmkrankung			124 Positiver HIV-Test						Nur von Frauen zu beantworten:		
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung									150 Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung		
112 Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung									151 Besteht eine Schwangerschaft?		
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

„Mental Health“ Fragebogen / Questionnaire

Selbstbeschreibungsformular im Rahmen der flugmedizinischen Tauglichkeitsuntersuchung

Self-Description Form in the Course of the Aeromedical Examination

Name: Geburtsdatum / Date of birth:

Untersuchungsdatum / Examination date:

Bitte lesen Sie die Feststellungen aufmerksam durch und wählen Sie dann die Antwort, die Ihren Gedanken und Aktivitäten am besten entspricht. Zu jeder Frage sind fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Wählen Sie bitte immer diejenige Antwort, die Ihrer Einstellung entspricht. Bitte lassen Sie keine Fragen aus und bearbeiten Sie die Fragen der Reihe nach ohne längere Unterbrechung.

Please read carefully through the list of statements and select the answer that most accurately reflects your thoughts and activities. For each statement there are five possible answers. Please select the answer that applies to you. Please do not leave any questions blank and work your way through the questions one by one without longer interruptions.

		Zutreffendes bitte ankreuzen! Mark with a cross where applicable!				
		Stimme gar nicht zu I fully disagree	Stimme eher nicht zu I tend to disagree	weiß nicht neither agree nor disagree	Stimme eher zu I tend to agree	Stimme völlig zu I fully agree
1	Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert. / My sleeping habits did not change.					
2	Ich hatte in letzter Zeit häufig starken Stress. Recently, I have often experienced high levels of stress.					
3	Ich fühle mich in meinem Beruf zu wenig/nicht herausgefordert. In my job I am hardly challenged.					
4	Ich kann die Erwartungen und Bedürfnisse meiner Familie nur schwer erfüllen. / It is difficult for me to meet the expectations and needs of my family.					
5	Ich habe Schuldgefühle, wenn ich Alkohol getrunken habe. I feel guilty after drinking alcohol.					
6	In letzter Zeit bin ich öfter gereizt. I often feel irritable recently.					
7	Meine finanzielle Situation ist angespannt. My financial situation is tight.					
8	Ich schlafe leicht ein und meistens die ganze Nacht durch I fall asleep easily and sleep through the whole night most nights					
9	Ich entspanne mich nach der Arbeit gerne bei einem Drink. I like to relax with a drink after a day of work.					

„Mental Health“ Fragebogen / Questionnaire

Selbstbeschreibungsformular im Rahmen der flugmedizinischen Tauglichkeitsuntersuchung

Self-Description Form in the Course of the Aeromedical Examination

		Zutreffendes bitte ankreuzen! Mark with a cross where applicable!				
		Stimme gar nicht zu I fully disagree	Stimme eher nicht zu I tend to disagree	weiß nicht neither agree nor disagree	Stimme eher zu I tend to agree	Stimme völlig zu I fully agree
10	Es fällt mir in letzter Zeit schwer, meine Stimmung zu kontrollieren. <i>Recently I have difficulties controlling my mood.</i>					
11	Unter meinen Kollegen habe ich wenige oder keine Freunde. <i>I do not have many (or any) friends at my work place.</i>					
12	Mein Beziehungsstatus wechselt häufig. <i>My relationship status changes frequently.</i>					
13	Mein Gewicht schwankt häufig. <i>My body weight varies frequently.</i>					
14	Wir haben in der Firma kein gutes Arbeitsklima. <i>The work climate in my company is not positive.</i>					
15	Es fällt mir leicht, mein Selbstvertrauen aufrecht zu halten. <i>I find it easy to maintain my self confidence.</i>					
16	Ich brauche Medikamente oder andere Substanzen um meine Stimmung positiv zu halten. / <i>I need medication or other substances to maintain a positive mood.</i>					
17	Ich überlege derzeit einen Jobwechsel. <i>I am currently considering a career change.</i>					
18	Es fällt mir schwer, von meiner aktuellen Arbeit und Aufgaben abzuschalten. / <i>Currently I find it difficult to take my mind off my work and tasks.</i>					
19	Es fällt mir nach einigen Tagen Arbeit schwer, meinen Schlafrhythmus wieder zu normalisieren. / <i>I find it difficult to regain my sleeping rhythm after several days at work.</i>					
20	Ich bin überzeugt, dass Alkohol und andere stimmungsverändernde Substanzen die Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigen. / <i>I am confident that alcohol and other mood altering substances do not effect my work capacity.</i>					

Unterschrift Antragsteller / Signature applicant

AME (Stempel & Unterschrift/ Stamp & Signature)