



# 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) Gesamtflyzeit:	(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	
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

## Anleitung zum Ausfüllen des Antrags für die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses

Das Antragsformular und alle zugehörigen Berichte werden an die Genehmigungsbehörde weitergeleitet. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

Der **Bewerber muss persönlich** alle Fragen (Formularfelder) des Antragsformulars vollständig beantworten. Handschriftliche Eintragungen sind lesbar und in Großbuchstaben vorzunehmen, dabei ist ein Kugelschreiber zu verwenden. Das Ausfüllen in Maschinenschrift oder im Druck ist zulässig. Reicht der Platz für die Beantwortung einer Frage nicht aus, ist für ergänzende Angaben ein gesondertes Blatt zu verwenden. Dieses ist mit Namen, Vornamen, Datum und Unterschrift zu versehen. Die folgenden nummerierten Erläuterungen beziehen sich auf die nummerierten Überschriften des Antragsformulars. Ein unvollständig oder unleserlich ausgefülltes Antragsformular kann zur Zurückweisung desselben führen. Falsche oder irreführende Angaben sowie die Zurückhaltung von für den Antrag wichtigen Informationen kann zu strafrechtlicher Verfolgung, Versagung des Antrags und/oder Rücknahme von ausgestellten Tauglichkeitszeugnissen führen.

<p><b>1. Genehmigungsbehörde:</b> Geben Sie bitte den Namen des Staates an, an den der Antrag gerichtet ist.</p>	<p><b>17. Letzte Tauglichkeitsuntersuchung:</b> Geben Sie bitte das Untersuchungsdatum in der Reihenfolge (TT/MM/JJJJ), den Untersuchungsort und –staat an. Erstbewerber geben bitte „KEINE“ an.</p>
<p><b>2. Beantragtes Tauglichkeitszeugnis:</b> Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an: Klasse 1: Berufspilot, Verkehrspilot Klasse 2: Privatpilot LAPL</p>	<p><b>18. Besitz fliegerischer Lizenz(en) (Lizenzart):</b> Geben Sie bitte die Art der Lizenz(en) an, die Sie besitzen. Geben Sie bitte auch die Lizenznummer(n) und den/die Ausstellungsstaat(en) an. Sofern keine Lizenz gehalten wird, geben Sie bitte „KEINE“ an.</p>
<p><b>3. Familienname:</b> Geben Sie bitte den Nachnamen/Familiennamen an.</p>	<p><b>19. Auflagen/Einschränkungen/Bedingungen oder Befristungen in Lizenz(en)/Tauglichkeitszeugnis:</b> Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an und geben Sie für jede Einschränkung in der Lizenz oder dem Tauglichkeitszeugnis ggf. Einzelheiten an, z.B. Sehvermögen, Farbsehen, Sicherheitspilot, etc..</p>
<p><b>4. Frühere(r) Familienname(n):</b> Sollte sich der Nachname/Familienname geändert haben, geben Sie bitte frühere Namen an.</p>	<p><b>20. Verweigerung der Ausstellung, Ruhen oder Widerruf eines Tauglichkeitszeugnisses:</b> Kreuzen Sie bitte das Feld „JA“ an, wenn Ihnen zu irgend einem Zeitpunkt die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigert, ein ausgestellttes Zeugnis zum Ruhen gebracht oder widerrufen wurde, auch wenn dies nur vorübergehend geschah. Wenn ja, geben Sie bitten das Datum in der Reihenfolge (TT/MM/JJJJ) und den Staat an, in dem dies geschah.</p>
<p><b>5. Vornamen:</b> Geben Sie bitte den Rufnamen und bis zu drei weitere Vornamen an.</p>	<p><b>21. Gesamtflugzeit:</b> Geben Sie bitte die Gesamtflugzeit in Stunden an.</p>
<p><b>6. Geburtsdatum:</b> Bitte Datum in der Reihenfolge (TT/MM/JJJJ)</p>	<p><b>22. Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:</b> Geben Sie bitte die Flugzeit in Stunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung an.</p>
<p><b>7. Geschlecht:</b> Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an.</p>	<p><b>23. Derzeit geflogene Luftfahrzeugklassen/-muster:</b> Geben Sie bitte den Namen des überwiegend geflogenen Luftfahrzeugs an, z. B. Boeing 737, Cessna 150 etc..</p>
<p><b>8. Geburtsort und -staat:</b> Geben Sie bitte den Ort und den Staat an, in dem Sie geboren wurden.</p>	<p><b>24. Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:</b> Sofern Sie das Feld „JA“ ankreuzen, geben Sie bitte das Datum des Flugunfalls oder der Störung in der Reihenfolge (TT/MM/JJJJ) und das Land an, in dem der Unfalls oder die Störung aufgetreten sind.</p>
<p><b>9. Staatsangehörigkeit:</b> Geben Sie bitte den Staat an, dessen Staatsbürger Sie sind.</p>	<p><b>25. Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:</b> Geben Sie bitte an, ob sie in einer Airline, Charter Airline, als Einzelpilot, im gewerbsmäßigen Lufttransport von Passagieren, in der Landwirtschaft, zum Vergnügen, etc. fliegen.</p>
<p><b>10. Ständiger Wohnsitz:</b> Geben Sie bitte den Hauptwohnsitz mit Postanschrift und Staat an, sofern vorhanden die Telefonnummer mit Vorwahl, Mobiltelefonnummer und E-Mail Adresse.</p>	<p><b>26. Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit:</b> Geben Sie bitte an, ob Sie als Einzelpilot oder in einer Piloten-Crew fliegen.</p>
<p><b>11. Postanschrift (sofern abweichend zum ständigen Wohnsitz):</b> Sofern Sie nicht am Hauptwohnsitz wohnhaft sind, geben Sie bitte die Postanschrift und sofern vorhanden die Telefonnummer mit Vorwahl ihres aktuellen Wohnsitzes an. Sofern mit Angaben unter Nr.10 identisch, geben Sie bitte „IDENTISCH“ an.</p>	<p><b>27. Trinken Sie Alkohol?:</b> Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an. Sofern Sie das Feld „JA“ ankreuzen, geben Sie bitte die wöchentliche Alkoholmenge an, z.B. zwei Liter Bier.</p>
<p><b>12. Antrag auf:</b> Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an.</p>	<p><b>28. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente?:</b> Sofern Sie das Feld „JA“ ankreuzen, geben Sie bitte die genaue Bezeichnung, die Dosis und den Einnahmezeitpunkt an. Geben Sie bitte auch rezeptfreie Medikamente an.</p>
<p><b>13. Referenz-Nummer:</b> Geben Sie bitte die Ihnen von der Genehmigungsbehörde mitgeteilte Referenz-Nummer an. Erstbewerber geben bitte „KEINE“ an.</p>	<p><b>29. Rauchen Sie?:</b> Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an. Raucher geben bitte die Art (Zigaretten, Zigarren, Pfeife) und die Menge (z.B. zwei Zigarren täglich/Pfeife - Gramm Tabak pro Woche) an.</p>
<p><b>14. Angestrebte Lizenzart:</b> Geben Sie bitte die Art der beantragten Lizenz aus der folgenden Liste an: ATPL MPL CPL/IR CPL PPL/IR PPL SPL BPL LAPL Geben Sie bitte an, ob Sie eine Lizenz für Flächenflugzeuge / Hubschrauber / oder beide beantragen Sonstige - bitte angeben</p>	<p><b>Allgemeine und medizinische Vorgeschichte:</b> Bitte beantworten Sie die Fragen mit den Nummern 101 bis einschließlich 179 jeweils mit „JA“ oder „NEIN“. Sofern in Ihrem Leben eine der Erkrankungen/Auffälligkeiten aufgetreten ist, kreuzen Sie diese bitte mit „JA“ an und geben Sie eine nähere Erläuterung unter Ziffer <b>30. BEMERKUNGEN</b> unter Nennung des ungefähren Zeitpunktes des Bestehens. Alle Fragen sind medizinisch wichtig, auch wenn dies nicht unmittelbar erkennbar erscheint. Die Fragen 170 bis 179 beziehen sich auf die engere Familienvorgeschichte. Die Fragen 150 bis 151 sind nur von Frauen zu beantworten. Sofern Sie Angaben bereits in früheren Anträgen gemacht haben und sich diesbezüglich keine Änderungen ergeben haben, können Sie „BEREITS MITGETEILT/KEINE VERÄNDERUNG“ angeben. Dennoch sind alle Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Bagatellerkrankungen, wie Erkältungen, brauchen nicht angegeben zu werden.</p>
<p><b>15. Beruf:</b> Geben Sie bitte Ihre hauptberufliche Tätigkeit an.</p>	<p><b>31. Erklärung und Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Informationen:</b> Unterzeichnen und datieren Sie den Antrag bitte erst, wenn Sie durch den flugmedizinischen Sachverständigen dazu aufgefordert werden. Dieser wird den Antrag ebenfalls unterzeichnen und damit Ihre Angaben bezeugen.</p>
<p><b>16. Arbeitgeber:</b> Sofern Ihre hauptberufliche Tätigkeit Pilot ist, geben Sie bitte den Namen des Luftfahrtunternehmens an, bei dem Sie beschäftigt sind, oder geben Sie bei Selbständigkeit „SELBSTÄNDIG“ an.</p>	