# ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

EMPIC GmbH

Deutschland

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

**Vertraulich**

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll: **Spanien / Spain**

(2) Beantragte Tauglichkeit: ☐ 1 ☐ 2 ☒ LAPL ☐ Sonstige

(3) Familienname:

(4) Früherer Familienname:

(5) Vorname:

(6) Geburtsdatum:

(7) Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich

(8) Geburtsort und -staat: **Deutschland / Germany**

(9) Staatsangehörigkeit: **deutsch**

(10) Ständiger Wohnsitz:

Deutschland / Germany

Telefonnummer:
Mobiltelefonnr.:
E-Mail

(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.):

Deutschland / Germany

Telefonnummer:

(12) Antrag auf:
☒ Erstuntersuchung
☐ Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung

(13) Referenznummer:

(14) Luftfahrerlizenz die Sie halten oder erwerben möchten:

(15) Beruf (Hauptberuf):

(16) Arbeitgeber:

(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung:
Datum:
Ort:

(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): Lizenznummer: Ausstellungsstaat:

(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis:
☐ Nein ☒ Ja
Einzelheiten:

(20) Hat Ihnen jemals ein Fliegerarzt ein Tauglichkeitszeugnis nicht ausgestellt, oder wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde widerrufen oder wurde Ihnen jemals ein Solches erst nach einer Konsultation/Verweisung/Zweitüberprüfung ausgestellt?
☐ Nein ☐ Ja Datum: Staat:
Einzelheiten:

(21) Gesamtflugzeit:

(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:

(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp:

(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung?
☐ Nein ☐ Ja Datum: Ort:
Einzelheiten:

(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:

(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: ☐ Einmannbesatzung ☐ Mehrmannbesatzung

(27) Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, Menge

(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja
Medikament, Dosis, seit wann, Grund:

(29) Rauchen Sie?
☐ Noch nie ☐ Wann aufgehört
☐ Art und Menge:

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 |
|---|---|---|
| (101) Augenerkrankungen / Augenoperationen | ☐ | ☐ |
| (102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen? | ☐ | ☐ |
| (103) Änderung der Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung | ☐ | ☐ |
| (104) Allergie oder Heuschnupfen | ☐ | ☐ |
| (105) Asthma oder Lungenerkrankungen | ☐ | ☐ |
| (106) Herz- / Gefäßerkrankungen | ☐ | ☐ |
| (107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck | ☐ | ☐ |
| (108) Nierensteine oder Blut im Urin | ☐ | ☐ |
| (109) Diabetes, hormonelle Störungen | ☐ | ☐ |
| (110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankung | ☐ | ☐ |
| (111) Taubheit oder Ohrenerkrankung | ☐ | ☐ |
| (112) Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung | ☐ | ☐ |
| (113) Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung | ☐ | ☐ |
| (114) Häufige oder starke Kopfschmerzen | ☐ | ☐ |
| (115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle | ☐ | ☐ |
| (116) Bewusstlosigkeit | ☐ | ☐ |
| (117) Neurologische Erkrankungen: Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc. | ☐ | ☐ |
| (118) Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung | ☐ | ☐ |
| (119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch | ☐ | ☐ |
| (120) Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzung | ☐ | ☐ |
| (121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit | ☐ | ☐ |
| (122) Anämie, Sichelzellenanämie oder andere Bluterkrankungen | ☐ | ☐ |
| (123) Malaria oder andere Tropenkrankheit | ☐ | ☐ |
| (124) Positiver HIV-Test | ☐ | ☐ |
| (125) Geschlechtskrankheit | ☐ | ☐ |
| (126) Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom | ☐ | ☐ |
| (127) Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung | ☐ | ☐ |
| (128) Sonstige Erkrankung oder Verletzung | ☐ | ☐ |
| (129) Krankenhausaufenthalt | ☐ | ☐ |
| (130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung | ☐ | ☐ |
| (131) Verweigerung einer Lebensversicherung | ☐ | ☐ |
| (132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz | ☐ | ☐ |
| (133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst | ☐ | ☐ |
| (134) Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit | ☐ | ☐ |

| **Familienvorgeschichte** | Ja | Nein |
|---|---|---|
| (170) Herzerkrankungen | ☐ | ☐ |
| (171) Bluthochdruck | ☐ | ☐ |
| (172) Fettstoffwechselstörung | ☐ | ☐ |
| (173) Epilepsie | ☐ | ☐ |
| (174) Geisteskrankheit oder Selbsttötung | ☐ | ☐ |
| (175) Zuckerkrankheit | ☐ | ☐ |
| (176) Tuberkulose | ☐ | ☐ |
| (177) Allergie/Asthma/Ekzem | ☐ | ☐ |
| (178) Erbkrankheiten | ☐ | ☐ |
| (179) erhöhter Augeninnendruck | ☐ | ☐ |
| **Nur von Frauen zu beantworten** | | |
| (150) Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung | ☐ | ☐ |
| (151) Besteht eine Schwangerschaft? | ☐ | ☐ |

(30) Bemerkungen (stets vollständig angeben):

**(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 die Genehmigungsbehörde die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder bereits erteilte Tauglichkeitszeugnisse widerrufen kann, wenn ich im Zusammenhang mit diesem Antrag falsche oder irreführende Angaben gemacht habe oder ergänzende medizinische Informationen zurückgehalten habe. Dies gilt unbeschadet sonstiger Maßnahmen nach nationalem Recht.

**Einwilligung zur Weitergabe der medizinischer Informationen:** Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen - wenn erforderlich - an den medizinischen Sachverständigen meiner Genehmigungsbehörde, den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde meines flugmedizinischen Sachverständigen und an Fachärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe zum Zweck der Durchführung einer flugmedizinischen Beurteilung oder einer Zweitüberprüfung (secondary review) zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Beurteilung verwendet werden sollen und in das Eigentum der Genehmigungsbehörde übergehen und dort verbleiben, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.
MITTEILUNG DER OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und mir bewusst ist, 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 Daten zur Vorgeschichte bereitzustellen, sowie den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörden der Mitgliedsstaaten, um die Durchsetzung von ARA.MED.150(c)(4)zu ermöglichen.

| Datum | Unterschrift des Antragstellers | Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen | Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen: |
|---|---|---|---|
| | | | |