



# 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"/>
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:	(13) Referenz-Nummer:
(10) Ständiger Wohnsitz:  Staat: Telefonnummer: Mobiltelefonnummer: E-Mail Adresse:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch)  Staat: Telefonnummer:	(14) Angestrebte Lizenzart:  (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) Gesamtflogzeit:	(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		Familienvorgeschichte		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									<b>Nur von Frauen zu beantworten:</b>				
112 Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung													150 Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung				
113 Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung													151 Besteht eine Schwangerschaft?				

(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

# Medizinischer Untersuchungsbericht für die Klassen 1 und 2

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(201) Untersuchungskategorie	(202) Größe (cm)	(203) Gewicht (kg)	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck mmHg	(207) Ruhepuls	
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>					systolisch	diastolisch	Frequenz (min)
Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>							Rhythmus
erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/>							rhythm. <input type="checkbox"/>
							arrhythm. <input type="checkbox"/>

**Klinische Untersuchung: jeder Punkt ist abzufragen**      normal      abnormal      normal      abnormal

(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	(218) Bauch, Hernien, Leber, Milz
(209) Mundhöhle, Rachen, Zähne	(219) Anus, Rektum
(210) Nase, Nasennebenhöhlen	(220) Harn- und Geschlechtsorgane
(211) Ohren, Trommelfell, Trommelfellbeweglichkeit	(221) Endokrines System
(212) Augen-Orbita und Adnexe, Gesichtsfeld	(222) obere und untere Extremitäten, Gelenke
(213) Augen-Pupillen, Augenhintergrund	(223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat
(214) Augen-Beweglichkeit, Nystagmus	(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)
(215) Lunge, Thorax, Brust	(225) Mentaler Status und Verhalten
(216) Herz	(226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem
(217) Gefäßsystem	(227) Gesamteindruck

(228) **Bemerkungen:** (Nicht normale Befunde sind unter Angabe der entsprechenden Ziffer zu beschreiben)

**Sehschärfe**

(229) Fernvisus

in 5m/ 6m	unkorrigiert	Brille	Kontaktli.
rechtes Auge		korr. auf	
linkes Auge		korr. auf	
beide Augen		korr. auf	

(230) Zwischenvisus

in 100cm	unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge		
linkes Auge		
beide Augen		

(231) Nahvisus

in 30-50cm	unkorrigiert	korrigiert
rechtes Auge		
linkes Auge		
beide Augen		

(232) **Brille**      (233) **Kontaktlinsen**

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Art:		Art:	
<b>Refraktion</b>	Sphäre	Zylinder	Achse
			Add. für Presbyopie
rechtes Auge			
linkes Auge			

(313) **Farberkennung**      normal       abnormal

pseudoisochromatische Tafeln	Typ: Ishihara (24 Tafeln)
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:

(234) **Hörvermögen** (wenn 239/241 nicht durchgeführt)

	re. Ohr	li. Ohr
Umgangssprache in 2 m	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
mit dem Rücken zum Untersucher	nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Audiometrie**

Hertz	500	1000	2000	3000
rechts				
links				

**(249) Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen:**

Hiermit erkläre ich, dass ich / unsere Gruppe flugmedizinischer Sachverständiger den in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe / hat und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine / unsere Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(250) Ort und Datum:	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	E-Mail: Telefon: Telefax:	

**(236) Lungenfunktion**

FEV <sub>1</sub> /FVC _____ %	_____ (Einheit)
normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>

(235) **Urinanalyse**      normal       nicht normal

Glukose	Eiweiß	Blut	Sonstiges
---------	--------	------	-----------


**Begleitbefunde**

	nicht durchgeführt	normal	abnormal	Kommentar
(238) EKG				
(239) Audiometrie				
(240) augenärztl. Untersuchung				
(241) HNO-ärztl. Untersuchung				
(242) Lipidstatus				
(243) Lungenfunktionstest				
(244) Sonstiges (bitte angeben):				

**(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:**

Name des Bewerbers:	Geburtsdatum:	Referenz-Nummer:
<input type="checkbox"/> Tauglich für Klasse: _____ <input type="checkbox"/> Untauglich für Klasse: _____ <input type="checkbox"/> Tauglichkeitszeugnis durch den Unterzeichner ausgestellt für Klasse: _____ (Kopie beigelegt)		
<input type="checkbox"/> Weiterführende Abklärung durch Überweisung an einen anderen Arzt/Psychologen. Wenn ja, warum und an wen?		
<input type="checkbox"/> An die Genehmigungsbehörde verwiesen. Wenn ja, warum und an welche?		
<input type="checkbox"/> Konsultation durchgeführt. Wenn ja, mit wem und wann?		
<p>(248) <b>Bemerkungen, Einschränkungen:</b></p>		

<p><b>I</b> Staat, der die Pilotenlizenz ausgestellt hat oder ausstellen wird / State that issued or is to issue the pilot licence:</p> <p><b>III</b> Zeugnisnummer / Certificate number:</p> <p><b>IV</b> Name und Vorname des Inhabers / Last and first name of holder:</p> <p><b>XIV</b> Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) / Date of birth (dd/mm/yyyy):</p> <p><b>VI</b> Staatsangehörigkeit / Nationality:</p> <p><b>VII</b> Unterschrift des Inhabers / Signature of holder:</p>	<p><b>XIII</b> Einschränkungen / Limitations: Kürzel / Code:</p> <p><b>X</b> Datum der Ausstellung (TT/MM/JJJJ) / Date of issue (dd/mm/yyyy):</p> <p>Unterschrift des ausstellenden AME / des medizinischen Sachverständigen / (des Arztes für Allgemeinmedizin) / Signature of issuing AME / medical assessor / (GMP):</p> <p><b>XI</b> Stempel / Stamp:</p>	<p><b>IX</b> Ablaufdatum dieses Zeugnisses / Expiry date of this certificate:</p> <p>Klasse 1 gewerbsmäßiger Betrieb mit Personenbeförderung auf Luftfahrzeugen, die mit nur einem Piloten betrieben werden (TT/MM/JJJJ) / Class 1 Single pilot commercial operations carrying passengers (dd/mm/yyyy):</p> <p>Klasse 1 sonstiger gewerbsmäßiger Betrieb (TT/MM/JJJJ) / Class 1 other commercial operations (dd/mm/yyyy):</p> <p>Klasse 2 (TT/MM/JJJJ) / Class 2 (dd/mm/yyyy):</p> <p>LAPL (TT/MM/JJJJ) / LAPL (dd/mm/yyyy):</p>	<p>Datum des letzten Elektrokardiogramms (TT/MM/JJJJ) / Date of last electrocardiogram (dd/mm/yyyy):</p> <p>Datum des letzten Audiogramms (TT/MM/JJJJ) / Date of last audiogram (dd/mm/yyyy):</p> <p>Datum der letzten augenfachärztlichen Untersuchung (TT/MM/JJJJ) / Date of last ophthalmological examination (dd/mm/yyyy):</p> <p>Datum der medizinischen Untersuchung (TT/MM/JJJJ) / Date of medical examination (dd/mm/yyyy):</p>
--	---	--	---

MED.A.020 <b>Eingeschränkte Tauglichkeit / Decrease in medical fitness</b>	Kürzel / Code	Einschränkung / Limitation	Bemerkungen / Remarks
<p>(a) Lizenzinhaber dürfen die Rechte in Verbindung mit ihrer Lizenz und damit zusammenhängenden Berechtigungen oder Zeugnissen nicht ausüben, wenn sie: / Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:</p> <p>(1) sich einer Einschränkung ihrer Tauglichkeit bewusst sind, die es ihnen unmöglich machen könnte, diese Rechte sicher auszuüben; / are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;</p> <p>(2) ein verschreibungspflichtiges oder nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel einnehmen oder anwenden, das sie in der sicheren Ausübung der mit der geltenden Lizenz verbundenen Rechte beeinträchtigen könnte; oder / take or use any prescribed or non-prescribed medication that is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence, or;</p> <p>(3) sich einer ärztlichen, chirurgischen oder sonstigen Maßnahme unterziehen, die die Flugsicherheit beeinträchtigen könnte. / receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.</p> <p>(b) Lizenzinhaber müssen sich zudem unverzüglich flugmedizinisch beraten lassen, wenn sie: / In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:</p> <p>(1) sich einem chirurgischen Eingriff oder einer invasiven Behandlung unterziehen; / have undergone a surgical operation or invasive procedure;</p> <p>(2) mit der regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln begonnen haben; / have commenced the regular use of any medication;</p> <p>(3) eine erhebliche Verletzung erlitten haben, die es ihnen unmöglich gemacht hat, als Mitglied einer Flugbesatzung tätig zu sein; / have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;</p> <p>(4) an einer erheblichen Erkrankung gelitten haben, die es ihnen unmöglich gemacht hat, als Mitglied einer Flugbesatzung tätig zu sein; / have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;</p> <p>(5) schwanger sind; / are pregnant;</p> <p>(6) in ein Krankenhaus oder eine Klinik eingewiesen worden sind; oder / have been admitted to hospital or medical clinic, or;</p> <p>(7) erstmals eine Sehhilfe tragen müssen. / first require correcting lenses.</p>	<p>TML</p> <p>VDL</p> <p>VML</p> <p>VNL</p> <p>CCL</p> <p>VCL</p> <p>HAL</p> <p>APL</p> <p>OCL</p> <p>OPL</p> <p>SSL</p> <p>OAL</p> <p>AHL</p> <p>SIC</p> <p>RXO</p> <p>OML</p> <p>OSL</p>	<p>Einschränkung der Gültigkeitsdauer des Tauglichkeitszeugnisses / restriction of the period of validity of the medical certificate</p> <p>Korrektur für eine eingeschränkte Sehschärfe in der Ferne / correction for defective distant vision</p> <p>Korrektur für eine eingeschränkte Sehschärfe in der Ferne, der Zwischendistanz und der Nähe / correction for defective distant, intermediate and near vision</p> <p>Korrektur für eine eingeschränkte Sehschärfe in der Nähe / correction for defective near vision</p> <p>Korrektur ausschließlich durch Kontaktlinsen / correction by means of contact lenses only</p> <p>Gültig nur bei Tage / valid by day only</p> <p>Gültig nur, wenn Hörhilfen getragen werden / valid only when hearing aids are worn</p> <p>Gültig nur mit überprüfter Prothese / valid only with approved prosthesis</p> <p>Gültig nur als Co-Pilot / valid only as co-pilot</p> <p>Gültig nur ohne Passagiere (ausschließlich für PPL und LAPL) / valid only without passengers (PPL and LAPL only)</p> <p>Besondere Einschränkung wie angegeben / special restriction as specified</p> <p>Eingeschränkt auf bestimmte Flugzeugmuster nach Überprüfungsflug / restricted to demonstrated aircraft type</p> <p>Gültig nur mit zugelassener Handsteuerung / valid only with approved hand controls</p> <p>Besondere regelhafte medizinische Untersuchungen - mit der zuständigen Lizenzstelle Verbindung aufnehmen / specific regular medical examination(s) - contact licencing authority</p> <p>Spezielle augenärztliche Untersuchungen erforderlich / specialist ophthalmological examinations</p> <p>Gültig nur als qualifizierter Co-Pilot oder mit qualifiziertem Co-Piloten / operational multi-pilot limitation</p> <p>Gültig nur mit Sicherheitspilot und in Luftfahrzeugen mit Doppelsteuerung / operational safety pilot limitation</p>	<p><b>Luffahrt-Bundesamt</b></p>  <p><b>European Union</b></p> <p><b>Klasse / Class</b></p> <p><b>Tauglichkeitszeugnis / Medical Certificate</b> für eine Teil-FCL-Lizenz / pertaining to a Part-FCL licence</p> <p>Ausgestellt gemäß Teil-MED / Issued in accordance with Part-MED</p> <p>Dieses Tauglichkeitszeugnis entspricht ICAO-Standards, außer bei LAPL-Tauglichkeitszeugnissen / This medical certificate complies with ICAO standards, except for the LAPL medical certificate</p> <p>EASA-Formblatt 147 Ausgabe 1 / EASA form 147 issue 1</p>