



# 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) Gesamflugzeit:	(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

# 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       nein       ja       nein

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 \_\_\_\_\_ %

normal       nicht normal

## (237) Hämoglobin

\_\_\_\_\_ (Einheit)

normal       nicht normal

(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: \_\_\_\_\_

Tauglich für Klasse: \_\_\_\_\_       Untauglich für Klasse: \_\_\_\_\_

Tauglichkeitszeugnis durch den Unterzeichner ausgestellt für Klasse: \_\_\_\_\_ (Kopie beigelegt)

Weiterführende Abklärung durch Überweisung an einen anderen Arzt/Psychologen. Wenn ja, warum und an wen?

An die Genehmigungsbehörde verwiesen. Wenn ja, warum und an welche?

Konsultation durchgeführt. Wenn ja, mit wem und wann?

(248) **Bemerkungen, Einschränkungen:**



# Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/>	
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenz-Nummer:
(301) <b>Zustimmung zur Weitergabe von medizinischen Informationen:</b> 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 flugmed. Sachverständigen	

(302) Untersuchungskategorie:	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung <input type="checkbox"/>	

### Klinische Untersuchung:

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen	normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider		
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)		
(306) Lage und Beweglichkeit		
(307) Gesichtsfelder		
(308) Pupillenreflexe		
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)		
(310) Konvergenz	cm	
(311) Akkommodation	Dpt	

### (312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)

Entfernung 5 m/6 m	Entfernung 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Phorie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fusionsreserve nicht geprüft <input type="checkbox"/>	

### (313) Farberkennung

pseudoisochromatische Tafeln	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Untersuchungsmethode:	
Farbsicher:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### (321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

--

### (322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):

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

(323) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes	E-Mail: Telefon: Telefax:	

### Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 m/6 m		Brille	Kontaktlinsen
	unkorrigiert		
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(315) Zwischenvisus in 1 m		Brille	Kontaktlinsen
	unkorrigiert		
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(316) Nahvisus in 30-50 cm		Brille	Kontaktlinsen
	unkorrigiert		
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(317) Refraktion objektiv	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				
Refraktion bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Refraktion aus Brillenpass: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

(318) Brille	(319) Kontaktlinsen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Art:	Art:

(320) Augeninnendruck	
re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>



# HNO- Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis		Klasse 1 <input type="checkbox"/>	Klasse 2 <input type="checkbox"/>
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:		(12) Antrag auf Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenz-Nummer:	
<p><b>(401) Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen:</b> 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.</p>					
----- Datum		----- Unterschrift des Antragstellers		----- Unterschrift des flugmed. Sachverständigen	

(402) Untersuchungskategorie:	(403) HNO Anamnese:
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung <input type="checkbox"/>	

### Klinische Untersuchung

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut		
(405) Mundhöhle, Zähne		
(406) Pharynx		
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschl. vordere Rhinoskopie		
(408) Gleichgewichtssinn einschl. Romberg-Test		
(409) Sprache		
(410) Nasennebenhöhlen		
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell		
(412) pneumatische Otoskopie		
(413) Impedanztympanometrie, Valsalva-Manöver (nur bei Erstuntersuchung)		

### Ergänzende Untersuchungen

(falls indiziert)	nicht durchgeführt	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie			
(415) Hintere Rhinoskopie			
(416) EOG; Spontan- und Lagerungsnystagmus			
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung			
(418) Starre oder flexible Laryngoskopie			

### (421) HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

--

### (419) Reintonaudiometrie

Hz	dB (Hörschwelle)	
	rechtes Ohr	linkes Ohr
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

### (420) Audiogramm


dB	o = rechts x = links								--- = Luftleitung ... = Knochenleitung	
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		
-10										
0										
10										
20										
30										
40										
50										
60										
70										
80										
90										
100										
110										
120										
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000		

### (422) Erklärung des untersuchenden Arztes (HNO-Arztes):

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

(423) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des untersuchenden HNO-Arztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes:	E-Mail: Telefon: Telefax:	

<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>