



Directorate of Civil Aviation
Grand Duchy of Luxembourg
Luxembourg

ANTRAG FÜR EIN TAUGLICHKEITSZEUGNIS

Direction de l'Aviation civile

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Vertraulich

(1) Staat der Lizenzbehörde:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse:		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> LAPL	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Cabin Crew	<input type="checkbox"/> Sonstige
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:		(12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung					
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:		(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		(13) System Referenznummer: EAMR Referenz			
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		(14) Art der beantragten Lizenz:					
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.):		(15) Beruf (Hauptberuf):					
Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E-Mail:		Telefonnummer:		(16) Arbeitgeber:					
(18) Besitzen Sie eine fliegerische Lizenz?		Lizenznummer:		Ausstellungsstaat:		(17) Letzte Untersuchung: Datum: Ort:			
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde verweigert, ausgesetzt oder widerrufen?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Datum:		Staat:		(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Einzelheiten:	
(24) fliegerische Vorkommnisse seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Datum:		Ort:		(21) Gesamtflugzeit: (22) Flugstunden seit der letzten	
(27) Trinken Sie Alkohol?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge pro Woche		Nehmen Sie Drogen?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Art:		(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp:	
(29) Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> noch nie <input type="checkbox"/> wann aufgehört?		<input type="checkbox"/> Art:		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Kommerziell <input type="checkbox"/> nicht kommerziell <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Einmannbesatzu <input type="checkbox"/> Mannmannbesatzung		(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> ADV <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> ACP	
(28) Do you currently use any medication		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Medikament, Dosis, seit wann, Grund:					

Gibt es in Ihrer Vorgeschichte folgende Tatsachen? Hinter jeder Frage muss; Ja oder Nein (oder wie angegeben) angekreuzt werden. Bei zutreffender Antwort bitte unter Bemerkungen näher erläutern (30).

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein	
(101) Augenerkrankungen/Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Nasen-Rachenerkrankung oder Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria oder andere Tropenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familienvorgeschichte			
(102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Schädel-Hirntrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positiver HIV-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(103) Hat sich die Brillenformel seit der letzten Untersuchung geändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Häufige oder starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(104) Allergie oder Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Schlafapnoe/Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Zu hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(105) Asthma oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Muskelskelett-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(106) Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Neurologische Erkrankungen: Epilepsie, Anfälle, Lähmungserscheinungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Sonst. Erkrankungen oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Geisteskrankheit oder Suizid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psychische/psychiatrische Störungen irgendeiner Art Depression, Angst, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(108) Nierensteine oder Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(109) Diabetes oder hormonelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Versuchter Suizid oder Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Verweigerung einer Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergie/Asthma/Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(111) Taubheit oder Ohrenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anämie/Sichelzellanämie andere Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
										Nur von Frauen zu beantworten		
										(150) Gynäkologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										(151) Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Bemerkungen:

(31) **Erklärung:** hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig, nach bestem Wissen und Gewissen vollständig richtig abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch falsche Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die Lizenz-Behörde im Falle falscher oder irreführender Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag oder im Falle der Zurückhaltung ergänzender medizinischer Informationen die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder bereits erteilte Tauglichkeitszeugnisse widerrufen kann; sonstige Verfahren auf Grund nationaler Rechtsvorschriften bleiben vorbehalten.

Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Informationen: hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und sofern erforderlich, an den flugmedizinischen Sachverständigen meiner Lizenz-Behörde, dem flugmedizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörde meines flugmedizinischen Sachverständigen und an Fachärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe zum Zwecke der Durchführung einer flugmedizinischen Beurteilung oder einer Zweitüberprüfung (Secondary Review) zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherte Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Lizenz-Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

MITTEILUNG DER OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und verstehe, 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 historischen Daten dem flugmedizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten zur Verfügung zu stellen, um die Durchsetzung von ARA.MED.150 (c) (4) zu ermöglichen.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:
-------	---------------------------------	--	--