

ANTRAG FÜR EIN TAUGLICHKEITSZEUGNIS

Swiss Confederation

Schweiz

Vertraulich

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

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 (170) Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (171) Zu hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (172) Zu hohe Cholesterinwerte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (174) Geisteskrankheit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (175) Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (176) Tuberkulose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (177) Allergie/Asthma/Ekzem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (178) Erbkrankheiten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (179) Glaukom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(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"/>			
(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"/>			
(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"/>			
(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"/>			
(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"/>			
(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"/>			
(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"/>			
(109) Diabetes oder hormonelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Selbsttötungsversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Verweigerung einer Lebensversicherung	<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"/>			
(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"/>			
						(134) Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit	<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, den flugmedizinischen Dienst der Lizenz-Behörde und sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedstaates 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.

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