Pseudonymisierungs-Nummer:

Medizinischer Bericht gemäß § 21 Absatz 1 der Verordnung über Luftfahrtpersonal

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 ☐ Klasse 2 ☐ LAPL ☐	
		(12) Antrag auf: Erstausstellung ☐ Verlängerung/Erneuerung ☐
	(6) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	
		(14) Angestrebte Lizenzart:
		(15) Beruf (Hauptberuf):
		(16) Arbeitgeber:
		(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: Ort:

(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): Ausstellungsstaat:	(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: nein ☐ ja ☐ Einzelheiten:
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Genehmigungsbehörde verweigert, zum Ruhen gebracht oder widerrufen? nein ☐ ja ☐ Datum: Staat: Einzelheiten:	(21) Gesamtflugzeit: (22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung: (23) Derzeit geflogene Luftfahrzeugklassen/-muster:
(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 (29) Rauchen Sie? Noch nie ☐ nein ☐ Wann aufgehört: ja ☐ Art und Menge:	(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein ☐ ja ☐ 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					
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen			115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle			126 Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom					
			116 Bewusstlosigkeit			127 Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung					
103 Änderung der Brillen- / Kontaktlinsen-stärke seit der letzten Untersuchung			117 Neurologische Erkrankungen; Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.			128 Sonstige Erkrankung oder Verletzung					
104 Allergie oder Heuschnupfen											
105 Asthma oder Lungenerkrankungen			118 Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung			129 Krankenhausaufenthalt					
106 Herz- / Gefäßerkrankungen						130 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung					
107 Hoher oder niedriger Blutdruck			119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch								
108 Nierensteine oder Blut im Urin						131 Verweigerung einer Lebensversicherung					
109 Diabetes, hormonelle Störungen			120 Selbsttötungsversuch						**Nur von Frauen zu beantwoten:**		
110 Magen- / Leber- oder Darmerkrankung			121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit			132 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz			150 Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung		
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung			122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen			133 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst			151 Besteht eine Schwangerschaft?		
112 Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung											
			123 Malaria oder andere Tropenkrankheit			134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit					
113 Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung											
			124 Positiver HIV-Test								

(30) **Bemerkungen:** Bitte Bestätigung, wenn bisherige Erläuterungen unverändert

---
Datum

Unterschrift des AME / med. Sachverständigen