

ANTRAG FÜR EIN TAUGLICHKEITSZEUGNIS

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:		(12) Antrag auf:						
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:		(7) Geschlecht:		<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung				
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung				
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.):		(13) System Referenznummer:						
Telefonnummer: Mobiltelefonnr.:		Telefonnummer:		(14) Art der beantragten Lizenz:						
(18) Besitzen Sie eine fliegerische Lizenz?		Lizenznummer:		Ausstellungsstaat:		(15) Beruf (Hauptberuf):				
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde verweigert, ausgesetzt oder widerrufen?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja		(16) Arbeitgeber:				
Datum:		Staat:		(17) Letzte Untersuchung: Datum:						
Einzelheiten:				Ort:						
(24) fliegerische Vorkommnisse seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja		(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis:				
Datum:		Ort:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja						
Einzelheiten:				(21) Gesamtflugzeit:						
(27) Trinken Sie Alkohol?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, Menge		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:				
Datum:		Ort:		(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp:						
Einzelheiten:				(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:						
(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja		(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> Mannmannbesatzung				
Medikament, Dosis, seit wann, Grund:				Gegenwärtige ATCO Tätigkeit: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS						
(28b) Nehmen Sie Drogen?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja		(29) Rauchen Sie?				
Datum:		Staat:		<input type="checkbox"/> noch nie <input type="checkbox"/> Nein wann aufgehört?						
Einzelheiten:				<input type="checkbox"/> Ja Art: Menge:						
(29b) Nehmen Sie Marihuana oder Haschisch?		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja		(29a) Rauchen Sie Marihuana oder Haschisch?				
Datum:		Staat:		<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					
(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"/>
(30) Bemerkungen:														
												<p>(31) Erklärung: Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig, nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die Genehmigungsbehörde 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, wobei weitere Verfahren aufgrund nationaler Rechtsvorschriften vorbehalten bleiben.</p> <p>Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Informationen: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anhänge an den flugmedizinischen Sachverständigen und, sofern erforderlich, an den medizinischen Sachverständigen meiner Genehmigungsbehörde, an den medizinischen Sachverständigen der für meinen flugmedizinischen Sachverständigen zuständigen Behörde und an Fachärzte und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe zum Zwecke der Durchführung einer flugmedizinischen Beurteilung oder einer Zweitüberprüfung zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Genehmigungsbehörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.</p> <p>HINWEIS ZUR WEITERGABE PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und verstehe, dass die in meinem flugmedizinischen Tauglichkeitszeugnis gemäss ARA.MED.130 für fliegendes Personal und ATCO.AR.F.005 für Flugverkehrsleitende enthaltenen Daten elektronisch gespeichert und meinem flugmedizinischen Sachverständigen zur Verfügung gestellt werden können, um die in MED.A.035 (b) (2) (ii)/(iii) und ATCO.MED.A.035 (b) (2) (ii)/(iii) geforderten historischen Daten den medizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten zugänglich zu machen und so die Durchsetzung von ARA.MED.150 (c) (4) für fliegendes Personal und von ATCO.AR.F.001 für Flugverkehrsleitende zu ermöglichen.</p>		

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