



**Annex zum Antrag für die Ausstellung eines  
Tauglichkeitszeugnisses Klasse 1 / Klasse 2**

- Datum der Tauglichkeitsuntersuchung:
- Name, Vorname Antragsteller:
- Geburtsdatum Antragsteller:

Ergänzende Angaben zum Antrag:

- (13) EAMR Nummer (wenn bekannt):
- (17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung abgeschlossen: Ja  Nein

(24) Ist seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung während der Ausübung der Rechte aus der Lizenz ein Flugunfall oder ein medizinischer Zwischenfall aufgetreten?

- Ja  Nein
- Datum:
- Ort:

(25) Derzeitige/beabsichtigte Pilotentätigkeit:

- Gewerblich  Nicht Gewerblich  sonstiges
- Einmannbesatzung  Mehrmannbesatzung

(27) Trinken Sie Alkohol?

- Ja  Nein

Geben Sie die durchschnittliche wöchentliche Menge an:

Nehmen Sie Drogen?

- Ja  Nein

Geben Sie die Art an:

**Allgemeine und medizinische Anamnese:**

Leiden Sie oder litten Sie früher an einem der folgenden Umstände? (Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage eine Antwort an.) Falls ja, geben Sie Einzelheiten im Abschnitt „Bemerkungen“ (30) an.

(119) Alkohol-/Drogen-/Substanzmissbrauch von psychoaktiven Substanzen

- Ja  Nein

(120) Selbstmordversuch oder Selbstgefährdung

- Ja  Nein

(130) Besuch beim Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung

- Ja  Nein

(132) Versagung der Flugerlaubnis

- Ja  Nein

**Familienvorgeschichte:**

(170) Herz- oder Gefäßerkrankung

- Ja  Nein

(174) Psychische Erkrankung oder Selbsttötung

- Ja  Nein

(30) Bemerkungen

**(31) Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Angaben sorgfältig geprüft habe und dass sie nach meinem besten Wissen und Gewissen vollständig und richtig sind und dass ich keine relevanten Informationen zurückgehalten oder irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die Genehmigungsbehörde die Erteilung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder ein bereits erteiltes Tauglichkeitszeugnis aussetzen oder widerrufen kann, unbeschadet anderer nach nationalem Recht anwendbarer Maßnahmen, wenn ich im Zusammenhang mit diesem Antrag falsche oder irreführende Angaben gemacht habe oder die entsprechenden medizinischen Informationen nicht weitergebe.

Ich erkläre hiermit, dass ich darüber informiert worden bin und verstehe, dass alle meinem flugmedizinischen Sachverständigen (AME) zur Verfügung gestellten Informationen, die in diesem Bericht und den Anlagen enthalten sind, sowie alle Informationen, die meiner Zulassungsbehörde zur Verfügung gestellt werden und sich auf mich beziehen, an den medizinischen Sachverständigen meiner Zulassungsbehörde, andere Fachleute und medizinisches Verwaltungspersonal als Teil des flugmedizinischen Beurteilungsverfahrens und an den medizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörde meines AME weitergegeben werden können, wobei ich anerkenne, dass diese Dokumente oder elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss einer flugmedizinischen Beurteilung und zu Aufsichtszwecken verwendet werden, vorausgesetzt, dass ich oder mein Arzt gemäß den nationalen Rechtsvorschriften Zugang zu ihnen haben können. Die ärztliche Schweigepflicht wird zu jeder Zeit gewahrt.

**BEKANNTMACHUNG ÜBER DIE OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN:**

Ich erkläre hiermit, dass ich darüber informiert worden bin und mir bewusst ist, dass die in meinem Tauglichkeitszeugnis enthaltenen Daten gemäß Punkt ARA.MED.130 elektronisch gespeichert und meinem AME zur Verfügung gestellt werden, um die in Punkt MED-A.035(b)(2)(ii)(iii) geforderten Daten zu liefern sowie den medizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten zur Verfügung stehen, um die Durchsetzung von ARA.MED.150(c)(4) zu erleichtern.

Aktuelle augenfachärztliche Untersuchung wurde durchgeführt:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Aktuelle HNO-ärztliche Untersuchung wurde durchgeführt:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Angaben zum augenfachärztlichen / HNO-ärztlichen Untersuchungsbericht – sofern durchgeführt:  
(301) / (401)

Ich erkläre hiermit, dass ich darüber informiert worden bin und verstehe, dass alle meinem flugmedizinischen Sachverständigen (AME) zur Verfügung gestellten Informationen, die in diesem Bericht und seinen Anlagen enthalten sind, an den medizinischen Sachverständigen meiner Zulassungsbehörde und an den medizinischen Sachverständigen der zuständigen Behörde meines AME weitergegeben werden können, wobei ich anerkenne, dass diese Dokumente oder elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss einer flugmedizinischen Beurteilung und zu Aufsichtszwecken verwendet werden, vorausgesetzt, dass ich oder mein Arzt gemäß den nationalen Rechtsvorschriften Zugang zu ihnen haben können. Die ärztliche Schweigepflicht wird zu jeder Zeit gewahrt.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

- Datum der Tauglichkeitsuntersuchung:
- Name, Vorname Antragsteller:
- Geburtsdatum Antragsteller:

Ergänzende Angaben zum Untersuchungsbericht:

(225) Psychische Gesundheit („mental health“)

normal       abnormal

(228) **Hinweis:** Beschreiben Sie ggf. auffällige Befunde

(236a) OSA Screening:

Bewerber mit OSA-Risiko:    Ja        Nein   

Geben Sie an, ob der Antragsteller wegen OSA in Behandlung ist:

---

Ort, Datum

Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen