

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Vertraulich

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:		(2) Beantragte Tauglichkeit:		☐ 1	☐ 2	☐ LAPL	☐ Sonstige
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:		(12) Antrag auf:			
(5) Vorname:		(6) Geburtsdatum:		(7) Geschlecht:		☐ Erstuntersuchung	
(8) Geburtsort und -staat:		(9) Staatsangehörigkeit:		☐ männlich		☐ weiblich	
(10) Ständiger Wohnsitz:		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.):		(13) Referenznummer:			
Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E-Mail		Telefonnummer:		(14) Luftfahrerlizenz die Sie halten oder erwerben möchten:			
(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art):		Lizenznummer:		Ausstellungsstaat:		(15) Beruf (Hauptberuf):	
(20) Hat Ihnen jemals ein Fliegerarzt ein Tauglichkeitszeugnis nicht ausgestellt, oder wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde widerrufen oder wurde Ihnen jemals ein Solches erst nach einer Konsultation/Verweisung/Zweitüberprüfung ausgestellt?		Datum:		Staat:		(16) Arbeitgeber:	
☐ Nein		☐ Ja		Einzelheiten:		(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung:	
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung?		Datum:		Ort:		(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis:	
☐ Nein		☐ Ja		Einzelheiten:		☐ Nein	
(27) Trinken Sie Alkohol?		☐ Nein		☐ Ja, Menge		☐ Ja	
(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente?		☐ Nein		☐ Ja		(21) Gesamtflugzeit:	
Medikament, Dosis, seit wann, Grund:						(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung:	
						(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp:	
						(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit:	
						(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit:	
						☐ Einmannbesatzung	
						☐ Mehrmannbesatzung	
						(29) Rauchen Sie?	
						☐ Noch nie	
						☐ Wann aufgehört	
						☐ Art und Menge:	

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	Ja	Nein
(101) Augenerkrankungen / Augenoperationen	☐	☐	(112) Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung	☐	☐	(123) Malaria oder andere Tropenkrankheit	☐
(102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	☐	☐	(113) Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung	☐	☐	(124) Positiver HIV-Test	☐
(103) Änderung der Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung	☐	☐	(114) Häufige oder starke Kopfschmerzen	☐	☐	(125) Geschlechtskrankheit	☐
(104) Allergie oder Heuschnupfen	☐	☐	(115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle	☐	☐	(126) Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom	☐
(105) Asthma oder Lungenerkrankungen	☐	☐	(116) Bewusstlosigkeit	☐	☐	(127) Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung	☐
(106) Herz- / Gefäßerkrankungen	☐	☐	(117) Neurologische Erkrankungen: Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.	☐	☐	(128) Sonstige Erkrankung oder Verletzung	☐
(107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	☐	☐	(118) Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung	☐	☐	(129) Krankenhausaufenthalt	☐
(108) Nierensteine oder Blut im Urin	☐	☐	(119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch	☐	☐	(130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung	☐
(109) Diabetes, hormonelle Störungen	☐	☐	(120) Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzung	☐	☐	(131) Verweigerung einer Lebensversicherung	☐
(110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankung	☐	☐	(121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	☐	☐	(132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz	☐
(111) Taubheit oder Ohrenerkrankung	☐	☐	(122) Anämie, Sichelzellenanämie oder andere Bluterkrankungen	☐	☐	(133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst	☐
						(134) Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit	☐

Familienvorgeschichte	
(170) Herzerkrankungen	☐
(171) Bluthochdruck	☐
(172) Fettstoffwechselstörung	☐
(173) Epilepsie	☐
(174) Geisteskrankheit oder Selbsttötung	☐
(175) Zuckerkrankheit	☐
(176) Tuberkulose	☐
(177) Allergie/Asthma/Ekzem	☐
(178) Erbkrankheiten	☐
(179) erhöhter Augeninnendruck	☐
Nur von Frauen zu beantworten	
(150) Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung	☐
(151) Besteht eine Schwangerschaft?	☐

(30) Bemerkungen (stets vollständig angeben):

(31) Erklärung: Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß abgeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die Genehmigungsbehörde die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder bereits erteilte Tauglichkeitszeugnisse widerrufen kann, wenn ich im Zusammenhang mit diesem Antrag falsche oder irreführende Angaben gemacht habe oder ergänzende medizinische Informationen zurückgehalten habe. Dies gilt unbeschadet sonstiger Maßnahmen nach nationalem Recht.

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischer Informationen: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen - wenn erforderlich - an den medizinischen Sachverständigen meiner Genehmigungsbehörde, den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde meines flugmedizinischen Sachverständigen und an Fachärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe zum Zweck der Durchführung einer flugmedizinischen Beurteilung oder einer Zweitüberprüfung (secondary review) zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Beurteilung verwendet werden sollen und in das Eigentum der Genehmigungsbehörde übergehen und dort verbleiben, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

MITTEILUNG DER OFFENLEGUNG PERSÖNLICHER DATEN: Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde und mir bewusst ist, 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 Daten zur Vorgeschichte bereitzustellen, sowie den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörden der Mitgliedsstaaten, um die Durchsetzung von ARA.MED.150(c)(4) zu ermöglichen.

Datum		Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen		Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	
-------	--	---------------------------------	--	---	--	--	--



„Mental Health“ Fragebogen / Questionnaire

Selbstbeschreibungsbogen im Rahmen der flugmedizinischen Tauglichkeitsuntersuchung

Self-Description Form in the Course of the Aeromedical Examination

Name: Geburtsdatum / Date of birth:

Untersuchungsdatum / Examination date:

Bitte lesen Sie die Feststellungen aufmerksam durch und wählen Sie dann die Antwort, die Ihren Gedanken und Aktivitäten am besten entspricht. Zu jeder Frage sind fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Wählen Sie bitte immer diejenige Antwort, die Ihrer Einstellung entspricht. Bitte lassen Sie keine Fragen aus und bearbeiten Sie die Fragen der Reihe nach ohne längere Unterbrechung.

Please read carefully through the list of statements and select the answer that most accurately reflects your thoughts and activities. For each statement there are five possible answers. Please select the answer that applies to you. Please do not leave any questions blank and work your way through the questions one by one without longer interruptions.

		Zutreffendes bitte ankreuzen! Mark with a cross where applicable!				
		Stimme gar nicht zu I fully disagree	Stimme eher nicht zu I tend to disagree	weiß nicht neither agree nor disagree	Stimme eher zu I tend to agree	Stimme völlig zu I fully agree
1	Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert. / My sleeping habits did not change.					
2	Ich hatte in letzter Zeit häufig starken Stress. Recently, I have often experienced high levels of stress.					
3	Ich fühle mich in meinem Beruf zu wenig/nicht herausgefordert. In my job I am hardly challenged.					
4	Ich kann die Erwartungen und Bedürfnisse meiner Familie nur schwer erfüllen. / It is difficult for me to meet the expectations and needs of my family.					
5	Ich habe Schuldgefühle, wenn ich Alkohol getrunken habe. I feel guilty after drinking alcohol.					
6	In letzter Zeit bin ich öfter gereizt. I often feel irritable recently.					
7	Meine finanzielle Situation ist angespannt. My financial situation is tight.					
8	Ich schlafe leicht ein und meistens die ganze Nacht durch I fall asleep easily and sleep through the whole night most nights					
9	Ich entspanne mich nach der Arbeit gerne bei einem Drink. I like to relax with a drink after a day of work.					

„Mental Health“ Fragebogen / Questionnaire

Selbstbeschreibungsbogen im Rahmen der flugmedizinischen Tauglichkeitsuntersuchung

Self-Description Form in the Course of the Aeromedical Examination

		Zutreffendes bitte ankreuzen! Mark with a cross where applicable!				
		Stimme gar nicht zu I fully disagree	Stimme eher nicht zu I tend to disagree	weiß nicht neither agree nor disagree	Stimme eher zu I tend to agree	Stimme völlig zu I fully agree
10	Es fällt mir in letzter Zeit schwer, meine Stimmung zu kontrollieren. Recently I have difficulties controlling my mood.					
11	Unter meinen Kollegen habe ich wenige oder keine Freunde. I do not have many (or any) friends at my work place.					
12	Mein Beziehungsstatus wechselt häufig. My relationship status changes frequently.					
13	Mein Gewicht schwankt häufig. My body weight varies frequently.					
14	Wir haben in der Firma kein gutes Arbeitsklima. The work climate in my company is not positive.					
15	Es fällt mir leicht, mein Selbstvertrauen aufrecht zu halten. I find it easy to maintain my self confidence.					
16	Ich brauche Medikamente oder andere Substanzen um meine Stimmung positiv zu halten. / I need medication or other substances to maintain a positive mood.					
17	Ich überlege derzeit einen Jobwechsel. I am currently considering a career change.					
18	Es fällt mir schwer, von meiner aktuellen Arbeit und Aufgaben abzuschalten. / Currently I find it difficult to take my mind off my work and tasks.					
19	Es fällt mir nach einigen Tagen Arbeit schwer, meinen Schlafrythmus wieder zu normalisieren. / I find it difficult to regain my sleeping rhythm after several days at work.					
20	Ich bin überzeugt, dass Alkohol und andere stimmungsverändernde Substanzen die Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigen. / I am confident that alcohol and other mood altering substances do not effect my work capacity.					

Unterschrift Antragsteller / Signature applicant

AME (Stempel & Unterschrift/ Stamp & Signature)