Fliegerärztliche Untersuchungsstelle
Land Nordrhein-Westfalen

Dr . med. Carsten Uwe Luerweg
Facharzt für Allgemeinmedizin
-Flugmedizin-

Goethestraße 10
46242 Bottrop
Tel.:02041/75 74-10 FAX:02041/75 74-15

Checkliste Tauglichkeitsuntersuchung

Pilot Name, Vorname:_____
geb: _____
wohnh.:_____

Datum Erstuntersuchung (wenn bekannt): _____

Wann läuft das Medical aus ? _____

Brillenträger? Nein Ja (wenn ja bitte Brillenpass unbedingt mitbringen)

E-Mail-Adresse: _____@_____

Telefonnummer: _____/_____

Faxnummer: _____/_____

Für die Untersuchung unbedingt mitzubringen!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

1. Piloten Lizenz
2. Letztes Medical
3. aktuellen Brillenpass (wenn Brillenträger) und Brille!!!
4. Personalausweis

Bitte geben Sie nur auf diesem Formular Ihre Personalien an !
Die Dokumente des LBA sind anonymisiert.
Bitte tragen Sie auf den LBA-Formularen nicht Ihren Namen, Vornamen oder Ihr Geburtsdatum ein !

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 ☐

(3) Familienname:

(4) Früherer Familienname:

(12) Antrag auf:
Erstausstellung ☐
Verlängerung/Erneuerung ☐

(5) Vorname:

(6) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):

(7) Geschlecht:
männlich ☐
weiblich ☐

(13) Referenz-Nummer:

(8) Geburtsort und -staat:

(9) Staatsangehörigkeit:

(14) Angestrebte Lizenzart:

(10) Ständiger Wohnsitz:
Staat:
Telefonnummer:
Mobiltelefonnummer:
E-Mail Adresse:

(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch)
Staat:
Telefonnummer:

(15) Beruf (Hauptberuf):

(16) Arbeitgeber:

(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung:
Datum:
Ort:

(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art):
Lizenznummer:
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

(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente?
nein ☐ ja ☐ Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?

(29) Rauchen Sie? Noch nie ☐ nein ☐ Wann aufgehört:
ja ☐ 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	Familienvorgeschichte	ja	nein
101 Augenerkrankungen / Augenoperationen			114 Häufige oder starke Kopfschmerzen			125 Geschlechtskrankheit			170 Herzerkrankungen		
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen			115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle			126 Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom			171 Bluthochdruck		
103 Änderung der Brillen- / Kontaktlinsen-stärke seit der letzten Untersuchung			116 Bewusstlosigkeit			127 Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung			172 Fettstoffwechselstörung		
104 Allergie oder Heuschnupfen			117 Neurologische Erkrankungen; Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.			128 Sonstige Erkrankung oder Verletzung			173 Epilepsie		
105 Asthma oder Lungenerkrankungen			118 Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung			129 Krankenhausaufenthalt			174 Geisteskrankheit		
106 Herz- / Gefäßerkrankungen			119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch			130 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung			175 Zuckerkrankheit		
107 Hoher oder niedriger Blutdruck			120 Selbsttötungsversuch			131 Verweigerung einer Lebensversicherung			176 Tuberkulose		
108 Nierensteine oder Blut im Urin			121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit			132 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz			177 Allergie / Asthma / Ekzem		
109 Diabetes, hormonelle Störungen			122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen			133 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst			178 Erbkrankheit		
110 Magen- / Leber- oder Darmerkrankung			123 Malaria oder andere Tropenkrankheit			134 Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit			179 erhöhter Augeninnendruck		
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung			124 Positiver HIV-Test						**Nur von Frauen zu beantwoten:**		
112 Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung									150 Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung		
113 Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung									151 Besteht eine Schwangerschaft?		

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

(31) **Erklärung:** Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass mir die Genehmigungsbehörde die Erteilung eines Tauglichkeitszeugnisses verweigern oder mir ein bereits erteiltes Tauglichkeitszeugnis entziehen kann, wenn ich falsche oder irreführende Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag mache oder es unterlasse, die medizinischen Informationen freizugeben. Weitere nach nationalen Rechtsvorschriften zu ergreifende Maßnahmen bleiben unberührt.

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen: Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen des Berichtes und einzelner oder aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und ggf. den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss der medizinischen Beurteilung Verwendung finden und in den Besitz der Genehmigungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften Zugang gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.

---	---	---
Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des AME / med. Sachverständigen