



ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSSES

EMPIC GmbH

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Deutschland

Vertraulich

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll: Deutschland / Germany		(2) Beantragte Tauglichkeit: <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname: Feißner		(4) Früherer Familienname:	
(5) Vorname: Gernard Christian		(6) Geburtsdatum: 19081940	
(8) Geburtsort und -staat: Deutschland / Germany		(7) Geschlecht: <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
(9) Staatsangehörigkeit: deutsch		(12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung	
(10) Ständiger Wohnsitz: Lehnitzstraße 63303 Dreieich Deutschland / Germany Telefonnummer: 06103 9394906 Mobiltelefonnr.: 0172 6988423 E-Mail gc.feissner@icloud.com		(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht ident.): Deutschland / Germany Telefonnummer:	
(13) Referenznummer: DE 100242-5		(14) Luftfahrerlizenz die Sie halten oder erwerben möchten: PPL(A)	
(15) Beruf (Hauptberuf): Pensionist		(16) Arbeitgeber:	
(17) Letzte Tauglichkeitsuntersuchung: Datum: 27/05/2021 Ort: 63263 Neu-Isenburg		(19) Auflagen, Beschränkungen, Ausnahmeregelungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja Einzelheiten: VML	
(18) Welche Lizenz besitzen Sie (Art): PPL(A)		Lizenznummer: DE.FCL.6431001038 Ausstellungsstaat: Deutschland / Germany	
(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? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Datum: Staat: Einzelheiten:		(21) Gesamtflogzeit: 1073	
(24) Flugunfälle oder meldepflichtige Störungen seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Datum: Ort: Einzelheiten:		(22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung: 3	
(27) Trinken Sie Alkohol? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge		(23) Derzeit geflogener Flugzeugtyp: P28T, PA28, SF25, UL-P92	
(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Medikament, Dosis, seit wann, Grund: <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit: Inland- und Auslandstreckenflüge	
		(26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: <input checked="" type="checkbox"/> Einmannbesatzung <input type="checkbox"/> Mehrmannbesatzung	
		(29) Rauchen Sie? <input checked="" type="checkbox"/> Noch nie <input type="checkbox"/> Wann aufgehört <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Nasen- / Rachenerkrankung oder Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Malaria oder andere Tropenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Familienvorgeschichte				(170) Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(102) Haben Sie jemals Brille oder Kontaktlinsen getragen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Schädel-Hirntrauma / Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Positiver HIV-Test	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					(171) Bluthochdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Änderung der Brillen-/Kontaktlinsenstärke seit der letzten Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Häufige oder starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Geschlechtskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(104) Allergie oder Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Schwindel oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Schlafstörung / Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(105) Asthma oder Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Muskel-Skelett-Erkrankung / Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Geisteskrankheit oder Selbsttötung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(106) Herz- / Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Neurologische Erkrankungen: Schlaganfall, Epilepsie, Krampfanfall, Lähmung, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Sonstige Erkrankung oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(107) Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psychische oder psychiatrische Störung / Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(108) Nierensteine oder Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergie/Asthma/Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(109) Diabetes, hormonelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Verweigerung einer Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(110) Magen-, Leber- oder Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Verweigerung einer fliegerischen Lizenz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(111) Taubheit oder Ohrenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anämie, Sichelzellenanämie oder andere Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nur von Frauen zu beantworten						
						(134) Bezug einer Rente oder Versicherungsleistung wg. Unfall oder Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Gynäkologische Erkrankung oder Menstruationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
									(151) Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

(30) Bemerkungen (stets vollständig angeben):
102/103 VML- Augenärztlicher Untersuchungsbericht liegt vor/
130- Vorsorgeuntersuchungen / 107 leicht/ wenig erhöhter Blutdruck- siehe dazu auch 171/

(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.

20.04.2022			Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:
Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen	