



„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 Zahl, die Ihrer Antwort 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 Schlafrhythmus 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)



**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	☐	Nein	☐
Aktuelle HNO-ärztliche Untersuchung wurde durchgeführt:	Ja	☐	Nein	☐

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



Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis Klasse 1 ☐ Klasse 2 ☐	
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☐ Erneuerungs-/Verlängerungsuntersuchung ☐
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐	(13) Referenznummer:
(301) Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen zu.			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen	

(302) Untersuchungskategorie:	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung ☒ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung ☐ Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung ☐	

Klinische Untersuchung:

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen

	normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider		
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)		
(306) Lage und Beweglichkeit		
(307) Gesichtsfelder		
(308) Pupillenreflexe		
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)		
(310) Konvergenz	cm	
(311) Akkommodation	Dpt	

(312) Augenmuskulgleichgewicht (in Prismendioptrien)

Entfernung 5 m/6 m	Entfernung 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie ja ☐ nein ☐	Phorie ja ☐ nein ☐
Fusionsreserve nicht geprüft ☐	normal ☐ nicht normal ☐

(313) Farberkennung

pseudoisochromatische Tafeln Ishihara 24 Tafel-Version	Anzahl der Fehler:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich	ja ☐ nein ☐
Untersuchungsmethode:	
Farbsicher:	ja ☐ nein ☐

(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

(322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):

Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum:

Unterschrift des untersuchenden Arztes	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
	E-Mail: Telefon: Telefax:	

Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 m/6 m

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(315) Zwischenvisus in 1 m

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(316) Nahvisus in 30-50 cm

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(317) Refraktion objektiv

	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				

Refraktion bestimmt: ja ☐ nein ☐ Refraktion aus Brillenpass: ja ☐ nein ☐

(318) Brille

ja ☐ nein ☐
Art:

(319) Kontaktlinsen

ja ☐ nein ☐
Art:

(320) Augeninnendruck

re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal ☐ nicht normal ☐

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Datum:

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken**
1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken
2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken
3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③ ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	
Summe	