

| STEMPEL DES UNTERSUCHENDEN ARZTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  | RAUM FÜR ÄRZTLICHE ORDNUNGSVERMERKE                                                              |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------------------------------------------------------|--|----|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Erlaubnis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  | Familienname                                                                                     |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  | bisher                                                                                           |  |  |  | erstrebt  |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| FLUGDATENBEARBEITUNG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  | Vorname                                                                                          |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| FLUGBERATUNG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| FLUGINFORMATIONSDIEST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| INBETRIEBHALTUNG FST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  | Anschrift (Straße, PLZ, Ort)                                                                     |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Arbeitgeber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  | seit                                                                                             |  |  |  |           |  |  |  | Geburtsdatum                                              |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  | Tag Monat Jahr                                                                                   |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Letzte Tauglichkeitsuntersuchung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Erst-U. <input type="checkbox"/> Nach-U. |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Name des Arztes/Anschrift:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Datum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Trafen oder treffen gegenwärtig eine oder mehrere der folgenden Tatsachen für Sie zu?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  | nein                                                      |  | ja |  |                                                                                            |  |  |  |
| Häufige oder starke Kopfschmerzen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Kopf- oder sonstiger Unfall                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Bewußtseinsstörung oder Bewußtlosigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Augenbeschwerden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Ohrenbeschwerden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Heuschnupfen/Allergie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Asthma/häufige Bronchitis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Herzbeschwerden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Blutdruck erhöht/erniedrigt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Magen/Darm/Lebererkrankungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Nierenstein(e), Blut im Urin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Zucker oder Eiweiß im Urin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Epilepsie/Anfälle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Nervliche Beschwerden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Gewöhnung an Medikamente oder Suchtmittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Gewöhnung an Alkohol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Selbsttötungsversuch                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Erkrankung von Gelenken/Wirbelsäule                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Häufige Hautausschläge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Sonstige Erkrankungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Ärztliche Behandlung letzte 5 Jahre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| von - bis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  | Name/ Anschrift von Klinik/Arzt                           |  |    |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Grund der Behandlung eintragen) |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Regelmäßige Einnahme von Medikamenten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Mittel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  | Grund                                                                                            |  |  |  | von - bis |  |  |  | Dosis                                                     |  |    |  | Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.)                                                           |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  |                                                           |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
| Wer bei dieser Untersuchung wesentlich falsche, unvollkommene oder zur Irreführung geeignete Angaben macht, setzt sich der Gefahr des Widerrufs der Erlaubnis aus. Die Feststellung über Nichttauglichkeit oder eingeschränkte Tauglichkeit des Bewerbers wird der Deutsche Flugsicherung GmbH durch Übersendung des Gesundheitszeugnisses mitgeteilt. der Bewerber bestätigt durch seine Unterschrift, daß er hiervon Kenntnis genommen hat und mit der vorgesehenen Handhabung einverstanden ist. |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  | Ort, Datum                                                |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                  |  |  |  |           |  |  |  | (Unterschrift des Bewerbers)                              |  |    |  |                                                                                            |  |  |  |