

Flieger-Stammblatt (BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

Name, Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail-Adresse

☐ EASA Flugbegleiter

☐ FAA Class 1

☐ EASA Klasse 2

☐ FAA Class 2

☐ EASA Klasse 3

☐ FAA Class 3

Größe in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Augenfarbe: _____

Haarfarbe: _____

Einwilligung zur Weitergabe der medizinischen Informationen (diese wird von der LBA gefordert):

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.

Ich erkläre mich einverstanden, Rechnungen von der Health Consult GmbH zu erhalten. Meine Daten: Name, Familienname, Geburtsdatum und Anschrift werden mit meinem Einverständnis dorthin weitergegeben. Auch zukünftige Informationen aus der Praxis Dr. Mutschler dürfen mir auf elektronischem Wege (per E-Mail) zugestellt werden.

Speyer, _____
Datum

Unterschrift