

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

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Vertraulich

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

(30) Bemerkungen (stets vollständig angeben):

(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 medizinischen 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.

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

**„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

☐

Mehrmanbesatzung

☐

(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

- Datum der Tauglichkeitsuntersuchung:
- Name, Vorname Antragsteller:
- Geburtsdatum Antragsteller:

Ergänzende Angaben zum Untersuchungsbericht:

(225) Psychische Gesundheit („mental health“)

normal ☐ abnormal ☐

(228) **Hinweis:** Beschreiben Sie ggf. auffällige Befunde

(236a) OSA Screening:

Bewerber mit OSA-Risiko: Ja ☐ Nein ☐

Geben Sie an, ob der Antragsteller wegen OSA in Behandlung ist:

Ort, Datum

Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen

- 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) Art des beabsichtigten Fluges 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 ☐

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.

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen

- Datum der Tauglichkeitsuntersuchung:
- Name, Vorname Antragsteller:
- Geburtsdatum Antragsteller:

Ergänzende Angaben zum Untersuchungsbericht:

(301)

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.

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:	
(5) Vorname:		(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☐ Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung ☐	
(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: Erstuntersuchung ☒ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung ☐ Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung ☐	(303) Ophthalmologische Anamnese:
---	-----------------------------------

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 Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens 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	korrigiert auf	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge				
linkes Auge				
beide Augen				

(315) Zwischenvisus in 1 m

	unkorrigiert	korrigiert auf	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge				
linkes Auge				
beide Augen				

(316) Nahvisus in 30-50 cm

	unkorrigiert	korrigiert auf	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:
Art:	

(319) Kontaktlinsen

ja ☐ nein ☐	Art:
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	

Dr. Rainer Mutschler M.A

Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilkunde
Mitochondrienmedizin, Homöopathie, Manuelle Medizin,
Flugmedizin, Sportmedizin und Akupunktur, NLP-Trainer,
Hypnosystemische Therapie und klinischer
Hypnosetherapeut, Zusatzausbildung Ganzheitliche
Kardiologie



BioMedical Center
Neue Medizin – Neue Wege

Carl-Dupré-Str. 1
67346 Speyer

info@biomedical-center.de
www.biomedical-center.de

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Kunden des Biomedical Centers,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Institut Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung	Dr. Rainer Mutschler
Praxisname	Biomedical Center, Speyer
Anschrift	Carl-Dupré-Str. 1, 67346 Speyer
Kontaktdaten	06232 499 1060 info@biomedical-center.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Haus-, Flieger- oder Betriebsarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für unsere flugmedizinische, arbeitsmedizinische und sozialmedizinische Beurteilung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine flugmedizinische/arbeitsmedizinische / sozialmedizinische Beurteilung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte und Psychotherapeuten sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der uns übertragenen Aufgaben erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beurteilung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name	Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, Prof. Dr. Dieter Kugelman
Anschrift	Postfach 30 40, 55020 Mainz / Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz
Telefon / web	061 31/208-24 49 https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbeh%C3%B6rden_und_Landesdatenschutzbeauftragte#Rheinland-Pfalz

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 (h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 (b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

7. Verantwortlichkeiten für Daten und Datenverarbeitung von externen Behörden

Alle Daten die auf Grund gesetzlicher Bestimmungen in Ihrem Auftrag für eine Behörde erhoben werden, dort gespeichert und verarbeitet werden (z.B. Daten in der Datbank EMPIC für das Luftfahrtbundesamt (LBA), MedXPress für FAA und ähnliches für andere Behörden) liegen ausschließlich in der Verantwortung der datenhaltenden Stellen (LBA, BAF, FAA, DRV etc.), sind nicht durch diese Vereinbarung erfasst und sind auch nicht mittelbar durch FLYMED zu verantworten. Bei Fragen wenden Sie sich bitte unmittelbar an die zuständige Behörde und deren Aufsicht.

8. Änderung der Datenschutzerklärung

Die jeweils gültige Datenschutzerklärung des Biomedical Centers finden Sie auf der Homepage: <http://www.fliegerarzt-rhein-neckar.de>. Das BMC behält sich ausdrücklich vor, diese auf Grund gesetzlicher Vorgaben zu verändern, ohne dass eine gesonderte individuelle Mitteilung bedarf. Auf die Änderung wird an geeigneter Stelle hingewiesen.

Ihr Team Biomedical Center Team

Zur Kenntnis genommen:

Vorname und Nachname	
----------------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift