DR. MED. RALF H. A. CORLEIS

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Arbeitsmedizin und Flug-, Sport-, Rettungs-, Betriebsmedizin
Fliegerärztliche U-Stelle für Berufs- und Privatpiloten, Gutachter in Sonderfällen Tauchmedizin für Berufs- und Sporttaucher (G. T. Ü. M. e. V. und B G) ermächtigter Arzt der Berufsgenossenschaften, Gefahrstoff, Biostoff, Röntgen VO

Bachstraße 18
27474 Cuxhaven
☎ 04721-554551
📠 0721-15153153
dr-corleis.de
internet www.dr-corleis.de

ANTRAG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES TAUGLICHKEITSZEUGNISSES

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN — VERTRAULICH

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:	(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse 1 ☐ 2 ☐ andere ☐	
(3) Familienname:	(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☐ Erneuerungs-/Verlängerungsuntersuchung ☐
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum: (7) Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐	(13) Referenz-Nummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:	(14) Angestrebte Lizenzart:
(10) Ständiger Wohnsitz: Staat: Telefonnummer: Mobiltelefonnr.: E`Mail Adresse: @	(11) Postanschrift (sofern mit Frage 10 nicht identisch) Staat: Telefonnummer:	(15) Beruf (Hauptberuf): (16) Arbeitgeber: (17) Letzte Untersuchung: Datum: Ort:
(18) Welche fliegerische Lizenz besitzen Sie? Lizenznummer: Ausstellungsstaat:		(19) Auflagen, Einschränkungen, Bedingungen oder Befristungen in Lizenz oder Tauglichkeitszeugnis: nein ☐ ja ☐ Einzelheiten:
(20) Wurde Ihnen jemals ein Tauglichkeitszeugnis von einer Behörde verweigert, zum Ruhen gebracht oder widerrufen? nein ☐ ja ☐ Datum, Staat, Einzelheiten: Wurde bei Ihnen jemals eine weitergehende Überprüfung der Tauglichkeit durchgeführt? Nein ☐ ja ☐ Datum, Staat, Einzelheiten:		(21) Gesamtflugzeit: (22) Flugstunden seit der letzten Tauglichkeits-untersuchung: (23) Derzeit geflogene Muster:
(24) Flugunfälle oder fliegerische Zwischenfälle seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung? nein ☐ ja ☐ Datum: Ort: Einzelheiten:		(25) Beabsichtigte fliegerische Tätigkeit: (26) Gegenwärtige fliegerische Tätigkeit: Einmannbesatzung ☐ Mehrmannbesatzung ☐
(27) Alkohol? Wie häufig? Wieviel?	(28) Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? nein ☐ ja ☐ Medikamente, Dosis, seit wann, Grund?	
(29) Rauchen Sie? Noch nie ☐ nein ☐ Wann aufgehört: ja ☐ Art und Menge:	Erstuntersuchung, Ort:	Datum:

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 Augenerkrankugen/Augen-operationen			112 Nasen-/Rachenerkrankung oder Sprachstörung			123 Malaria oder andere Tropenkrankheiten			**Familienvorgeschichte:**		
102 Haben Sie jemals eine Brille oder Kontaktlinsen getragen			113 Schädel-Hirntrauma			124 Positiver HIV-Test			170 Herzerkrankungen		
103 Änderung der Brillen-/Kontaktlinsen-stärke seit der letzten Untersuchung			114 Häufige oder starke Kopfschmerzen			125 Geschlechtskrankheiten			171 Bluthochdruck		
104 Allergie oder Heuschnupfen			115 Schwindel oder Ohnmachtsanfälle			126 Krankenhausaufenthalt			172 Fettstoffwechselstörung		
105 Asthma oder Lungenerkrankungen			116 Bewußtlosigkeit			127 Sonstige Erkrankungen oder Verletzungen			173 Epilepsie		
106 Herz-/Gefäßerkrankungen			117 Neurologische Erkrankungen, Epilepsie, Anfälle, Lähmungser-scheinungen etc			128 Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsuntersuchung			174 Geisteskrankheit		
									175 Zuckerkrankheit		
107 Hoher oder niedriger Blutdruck			118 Psychische oder psychiatrische Störungen/Erkrankungen			129 Verweigerung einer Lebensversicherung			176 Tuberkulose		
108 Nierensteine oder Blut im Urin			119 Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch			130 Verweigerung einer fliegerischen Lizenz			177 Allergie/Asthma/Ekzem		
109 Zuckererkrankungen oder hormonelle Störungen			120 Selbsttötungsversuch						178 Erbkrankheit		
110 Magen-/Leber- oder Darmerkrankung			121 Behandlungsbedürftige Reisekrankheit			132 Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militärdienst			179 erhöhter Augeninnendruck		
									Nur von Frauen zu beantworten:		
111 Taubheit oder Ohrenerkrankung			122 Anämie, Sichelzellanämie oder andere Bluterkrankungen			133 Pensions-/Versicherungsleistung wegen Verletzung oder Krankheit			150 Gynäkologische Erkrankungen, Regelblutungsprobleme		
									151 Besteht eine Schwangerschaft		

(30) **Bemerkungen:**

Erklärung: Ich trage die Kosten der Untersuchung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte. Das Ergebnis der Tauglichkeitsuntersuchung ist offen.

(31) **Erklärung:** Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig, nach bestem Wissen und Gewissen vollständig richtig abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch falsche Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die für die Erteilung der Lizenz zuständige Stelle im Falle falscher oder irreführender Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag oder im Falle der Zurückhaltung ergänzender medizinischer Informationen eine Überprüfung meiner Zuve rlässigkeit/Tauglichkeit gemäß § 24c, Abs. 2 LuftVZO anordnen kann; sonstige Verfahren aufgrund nationaler Rechtsvorschriften bleiben unberührt. Ich bin damit einverständen, dass mir dass Tauglichkeitszeugnis erst nach vollständiger Bezahlung ausgehändigt wird.

Einwilligung zur Weitergabe flugmedizinischer Informationen:
Für den Fall einer Überprüfung meiner Tauglichkeit Klasse 2 stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den die Überprüfung durchführenden flugmedizinischen Sachverständigen Klasse 1 und für den Fall einer Überprüfung meiner Tauglichkeit Klasse 1 an das die Überprüfung durchführende flugmedizinische Zentrum zu.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des flugmed. Sachverständ. (Zeuge)
----------	----------	----------