

Antrag für die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses Kabinenpersonal

Familienname:	Vorname:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Antrag auf Erstaussstellung <input type="checkbox"/> Verlängerung <input type="checkbox"/>
früherer Familienname:	Geburtsdatum :	Staatsangehörigkeit:	Datum der letzten Eignungsuntersuchung:
		Geburtsort und -staat:	
ständiger Wohnsitz:		Postanschrift falls abweichend:	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ	Stadt	PLZ	Stadt
Staat		Staat	
Telefon /-mobilnummer		E-Mail Adresse	

Flugzeugmuster : Crew: Multi /Single	Arbeitgeber: Strecke: Kurz/ Mittel/ Lang	Zwischenfälle: Unfälle:	Einträge: Auflagen/Befristungen/ Beschränkungen
---	---	--------------------------------	---

Trinken Sie Alkohol? Menge:	Rauchen Sie? Menge: aufgehört:	Medikamente (auch Pille/Nuva/etc.) regelmäßig:	bei Bedarf:
nie: <input type="checkbox"/>	nie: <input type="checkbox"/>		

	ja	nein		ja	nein		ja	nein	Familienvorgeschichte	ja	nein
Augenerkrankungen, Augenoperation			Kopfschmerzen (häufig oder stark)			Schlafbezogene Atmungs- oder Schlafstörung			Herzkrankungen		
Brille oder Kontaktlinsen (auch früher)			Migräne			Muskel-Skeletterkrankung oder -beeinträchtigung			Bluthochdruck		
Änderung der Sehstärke seit letzter Untersuchung			Schwindel Ohnmacht			Sonstige Erkrankung Verletzung			Fettsstoffwechselstörung		
Allergie, Heuschnupfen			Bewusstlosigkeit			Krankenhausaufenthalt			Epilepsie		
Asthma-, Lungenerkrankung			Neurologische Erkrankung, Schlaganfall, Krampfanfall, Lähmung ...			Arztbesuch seit der letzten Tauglichkeitsunters.			Geisteskrankheit		
Herz-, Gefäßerkrankung			Psychische oder psychiatrische Störung			Verweigerung einer Lebensversicherung			Zuckererkrankung		
Blutdruckveränderung			Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch			Verweigerung eines Tauglichkeitszeugnisses			Tuberkulose		
Nierensteine Blut im Urin			Selbsttötungsversuch			Medizinisch bedingte Abweisung / Entlassung vom Millitärdienst			Allergie/Asthma/Ekzem		
Zuckererkrankung Hormonstörung			Behandlungsbedürftige Reisekrankheit			Bezug von Rente oder Versicherungsleistung nach Unfall oder Krankheit			Erbkrankheit		
Magen-, Leber-, Darmerkrankung			Blutarmut, -krankheit oder Sichelzellanämie			Musterung			erhöhter Augeninnendruck		
Ohrenerkrankung Taubheit			Malaria , Tropenkrankheit			Nur von Frauen zu beantworten:	ja	nein		ja	nein
Nasen-,Rachenerkrankung Sprachstörung			Positiver HIV Test			Gynäkologische Erkrankung:			Entbindungen		
Schädel-Hirntrauma, Gehirnerschütterung			Geschlechtskrankheit			Menstruationsstörung			Besteht eine Schwangerschaft?		

Bemerkungen / Erläuterungen, wenn eine Frage mit " ja " beantwortet wurde:

Erläuterung: Hiermit erkläre ich, dass ich die obigen Angaben sorgfältig und nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß abgegeben und weder wichtige Informationen verschwiegen noch irreführende Angaben gemacht habe. Mir ist bewusst, dass mir ein bereits bestehendes Tauglichkeitszeugnis ungültig ist, wenn ich falsche oder irreführende Angaben im Zusammenhang mit diesem Antrag mache.

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____