

Antrag auf Wechsel der Zuständigkeit und Übertragung der Lizenzierung sowie medizinischen Berichte gemäß der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 auf die Bundesrepublik Deutschland

Vorname(n)		Name, Geburtsname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort*, Land	
Telefon (privat, dienstlich)	Telefax (privat, dienstlich)		E-Mail-Adresse (privat, dienstlich)	
Luftfahrzeugkategorie	Art und Nummer der Erlaubnis (Lizenz)		Referenznummer	

* Sollte sich die Meldeanschrift seit der letztmalig ausgestellten Lizenz geändert haben, bitten wir um Übersendung einer Kopie Ihres Personalausweises oder der aktuellen Meldebestätigung oder einem vergleichbaren Dokument.

Hiermit beantrage ich die Übertragung der Zuständigkeit und die künftige Lizenzierung sowie die Übertragung meiner medizinischen Berichte nach Teil-FCL/Teil-MED auf die Bundesrepublik Deutschland.

Ich beantrage die Ausstellung der folgenden Lizenz:

Flugzeuge (A)	PPL/IR ¹		
Hubschrauber (H)	CPL	ATPL theory	MCC
Luftschiffe (As)	MPL		
	ATPL		

Ich bin zurzeit im Besitz einer Pilotenlizenz, Berechtigung oder Zeugnis bei der nachfolgend aufgeführten Luftfahrtbehörde.

Meine derzeitige Lizenz wurde ausgestellt von dem folgenden EU / EFTA - Mitgliedsstaat:

Anschrift der bisher zuständigen Behörde

E-Mail-Adresse und

Telefonnummer der bisher zuständigen Behörde

¹ Inhaber einer PPL ohne IR wenden sich an die zuständige Landesluftfahrtbehörde.



Ich erkläre

- dass ich seit der Erteilung dieser Lizenz bzw. der letzten Verlängerung oder Erneuerung dieser Lizenz gerichtlich nicht bestraft worden bin und nicht an einem Luftfahrzeugunfall beteiligt war, und dass eine mir erteilte Fahrerlaubnis rechtskräftig nicht entzogen worden ist. Schwebende Strafverfahren sind gegen mich nicht anhängig.
- dass ich keine weitere Pilotenlizenz, Berechtigung oder Zeugnis mit demselben Umfang und in derselben Kategorie in einem anderen Mitgliedstaat beantragt habe und
nie eine Pilotenlizenz, Berechtigung oder Zeugnis mit demselben Umfang und in derselben Kategorie besessen habe, die in einem anderen Mitgliedstaat widerrufen oder ausgesetzt wurde.

die Erklärungen kann ich nicht abgeben (vollständige, detaillierte Angaben, siehe Anlage):

Ich bin damit einverstanden, dass das Luftfahrt-Bundesamt bei dem derzeitigen Ausstellerstaat der Lizenz Informationen über persönliche und lizenzrechtliche Details einholt.

Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass das Luftfahrt-Bundesamt über den flugmedizinischen Dienst des o.g. Ausstellerstaates für den Wechsel der lizenzrechtlichen Zuständigkeit Auskunft über alle medizinisch notwendigen Daten (Berichte) einholen darf.

Alle anfallenden Auslagen und Kosten gehen zu meinen Lasten.

Bitte senden Sie Lizenz, Bescheid und Kostenrechnung an

Alle Angaben habe ich vollständig und wahrheitsgetreu abgegeben. Sofern Angaben nicht den Tatsachen entsprechen, ist mir bekannt, dass dies zu lizenzrechtlichen Maßnahmen führen kann.

Datum

Ort

Unterschrift (Antragsteller)

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen!

- Kopie des gültigen Tauglichkeitszeugnisses gemäß Teil-MED (**Vorder- und Rückseite**)
- Kopie der derzeitigen ausländischen Lizenz (**Vorder- und Rückseite**)
- sofern zutreffend: bei Verlängerung der in der Erlaubnis enthaltenen Berechtigungen die entsprechenden Nachweise (z. B. Befähigungsüberprüfung, Nachweis über Flugerfahrung)
- Vollmacht und Kostenübernahmeerklärung (**sofern eine bevollmächtigte Person benannt ist**)

Address of issuing state transfer

FORM FOR THE TRANSFER OF MEDICAL RECORDS BETWEEN MEDICAL SECTIONS OF LICENSING AUTHORITIES

Please complete the form in block capitals using black or blue ink.

THIS PAGE TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT	
Name of applicant	
I agree that the Luftfahrt-Bundesamt may obtain complete information about medical data (reports) by the flight medical service of the exhibitor state listed below	

Date	Place	Signature (of applicant)
Address of receiving state transfer TO :	Luftfahrt-Bundesamt Referat L6 Flugmedizinische Tauglichkeitsentscheidungen 38144 Braunschweig Germany	
<u>SENDER:</u>		
Telephone:		Email:

Holder of Licence		
Full name		
Address		
Telephone		Email:
Nationality		Date of birth
Reference number		
Licences held: (e.g. ATPL/CPL/PPL)		Restrictions or limitations (if any)

For authority use only

MEDICAL HISTORY TO BE COMPLETED BY MEDICAL ASSESSOR OF TRANSFERRING AUTHORITY			
Any previous State(s) of Licence Issue prior to current State (or where medical records have been held)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	enclose details
Period of Medical Records Held From		to:	
If there is insufficient space on this form for any information, please use additional pages.			
- All aeromedical records of the applicant, all SOLI forms (if available) with supporting documents from previous transfers and any other relevant information should be enclosed with this form.			
Summary of medical history (with dates) to include relevant inactive conditions and active conditions requiring follow-up:			

VERIFICATION		
I (name)		
Medical Assessor of		
Authority		
Certify that the details given above and on any additional pages included are true, correct and complete.		
Signature	Date	Medical Assessor stamp

If complete please send all documents to

Luffahrt-Bundesamt
Referat L6 Flugmedizinische Tauglichkeitsentscheidungen
38144 Braunschweig
Germany