

Bewerbung Linienpilot/in

Angaben zur Person

Familiennamen		Vorname	
Geb. Datum		Geb. Ort	
Wohnadresse			
PLZ		Ort	
Telefon		Telefon Mobil	
Staatsbürgerschaft		Email	
Nächstgelegener internationaler Flughafen			
Körpergröße		Gewicht	
Brillen-/Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Militärtauglichkeit gegeben		Voraussichtliche Einberufung:	
Militärdienst geleistet		von	bis Einheit:
Zivildienst geleistet		von	bis Einsatzgebiet:

Lichtbild
(nicht älter als 3 Monate)

Familienangehörige

Name	Geb. Datum	beschäftigt bei	Wohnadresse
Vater			
Mutter			
Geschwister			
Ehegatte(in)			
Kind(er)			

Nicht vom Bewerber auszufüllen!	Eingang:	Matura/Berufsreifeprüfung
01) AFB		Militär
02) BU		AFZ
03) PIT		PPL
04) FQ		IFR
05) Medex		CPL
Bemerkungen		ATPL
		Flugstunden

Ausbildung

Studienrichtung	von	bis	Abschluss mit
Gymnasium			
HTL			
HAK			
Studienberechtigung			
Fachhochschule			
Universität			
Sonstige Schule			
Berufsausbildung			

Sprachkenntnisse

	Mündlich *)	Schriftlich *)	Ort und Zeit des Aufenthaltes im Sprachgebiet
Englisch			
Französisch			
Sonstige Sprachen			

*) bezeichnen mit: Muttersprache/Verhandlungssicher/fortgeschrittene Kenntnisse/Grundkenntnisse/keine

Berufserfahrung/ Praktika

Firma	Ort	als	von	bis	Austrittsgrund

Zur Zeit beschäftigt bei:

Kündigungsfrist: _____ Derzeitiges Einkommen: _____

Sind Sie mit einer Nachfrage beim derzeitigen Arbeitgeber einverstanden? ja nein Telefon: _____

Warum möchten Sie Linienspilot werden?

Segelführerschein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:	
Funktelefonisten-Zeugnis/ Art	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Ausstellungsdatum:		
Privatpilotenschein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:	
Berufspilotenschein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:	
Instrumentenflugberechtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:	
Linienpilotenschein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:	
Lehrberechtigungen:	PPL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:
	CPL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:
	IFR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:
	ATPL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nr.:	Seit:	Gültig bis:

	1. Pilot	2. Pilot	gesamt	geflogene Typen
Segelflugstunden				
Motorflugstunden VFR				
Motorflugstunden IFR				

Waren Sie an einem Zwischenfall/ Unfall im Flugbetrieb beteiligt? Wenn ja, Hergang und Folgen:

Haben Sie sich schon einmal bei Austrian Airlines beworben? ja nein Ja, als _____

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Anlagen (bitte nur Kopien der Originalzeugnisse beilegen)

Lebenslauf

Jahres und Abschlusszeugnisse aller besuchten Schulen (außer Volksschule)

Nachweis der militärischen Tauglichkeit

Polizeiliches Führungszeugnis

Dienstzeugnisse (falls vorhanden)

Ausweise über fliegerische Vorbildung (falls vorhanden)

HIV Test

Fragebogen zur Teilnahme am Auswahlverfahren für Austrian Airlines Linienpiloten

1. Ich habe noch nie an einem Piloten- Auswahlverfahren teilgenommen
2. Ich habe bei DLR (Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt) bzw. DLH (Deutsche Lufthansa) die:
 - Berufsgrunduntersuchung (ab initio) bzw. Grunduntersuchung (ready entry)
 - erfolgreich
 - nicht erfolgreich
 - Simulatorscreening (ready entry)
 - erfolgreich
 - nicht erfolgreich
 - Firmenqualifikation (ab initio) bzw. Firmenuntersuchung (ready entry)
 - erfolgreich
 - nicht erfolgreichabgeschlossen.
3. Ich habe bereits an einem anderen Pilotenauswahlverfahren teilgenommen
Bei: _____
4. Ich werde mich für das Auswahlverfahren bei Austrian Airlines vorbereiten:
 - nein
 - im Selbststudium mit Hilfe von Fachliteratur bzgl. Testverfahren
 - mit Hilfe von Personen, die das Austrian Airlines- oder ein ähnliches Auswahlverfahren für Linienpiloten bereits absolviert haben
 - mit Hilfe eines Computerprogramms
 - im Rahmen eines Seminars
5. Ich wurde auf die Ausbildung zum/zur Pilot/in aufmerksam durch:
 - Maturareise
 - Freunde
 - www.pilotrecruitment.at / www.austrianpilot.at
 - andere Plattformen _____

Erklärung

1. Ich erkläre hiermit, dass gemäß Österreichischem Strafgesetz im Strafregister keine bzw. folgende, meine Person betreffende Verurteilungen aufscheinen.

Strafen:

2. Ich bin im Besitz der KFZ Lenkerberechtigung Nr.: _____

ausgestellt am: _____

von: _____

3. Ich erkläre eidesstattlich, dass gegen mich kein Verfahren zur Entziehung der Kfz-Lenkerberechtigung anhängig war oder ist.

4. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben zum Ausschluss vom Verfahren und Einforderung der Selektionskosten führen können.

5. Waren Sie an einem Zwischenfall/ Unfall im Flugbetrieb beteiligt? Wenn ja, Hergang und Folgen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name in Blockbuchstaben: _____

Ihre Bewerbung schicken Sie bitte an folgende Adresse:

Austrian Airlines
Pilotrecruitment
zH.: Nicole Binder
Flugbetriebsgebäude 1
A-1300 Flughafen Wien

Bei Fragen können Sie mich jederzeit kontaktieren:

✉ nicole.binder@austrian.com

☎ +43 (0) 5 1766 66323

📠 +43 (0) 5 1766 66660

🌐 www.austrian.com

🌐 www.pilotrecruitment.at

Ärztlicher Dienst/ Medical Service

streng vertraulich/ strictly confidential

Ärztlicher Fragebogen

für die Eignungsprüfung von Pilotenbewerbern/ for applicant pilots

Die nachfolgenden Fragen sind vom Bewerber persönlich und wahrheitsgetreu zu beantworten.
Die Antworten werden vom ärztlichen Dienst vertraulich behandelt.

The following questions must be answered as truthfully as possible by the applicant personally.
The answers will be treated with utmost confidentiality by the medical service.

Personaldaten/ Personal details

Familienname/ Surname _____ Vorname/ First name(s) _____

Wohnadresse/ Home Address _____

Telefon Festnetz/ Home Telephone Number _____

Telefon Mobil/ Cell Phone _____

E-Mail _____

Geburtstag/ Date of Birth _____ Beruf/ Occupation _____

Stand/ Marital Status _____ Grösse/ Height _____ Gewicht/ Weight _____

Familiengeschichte/ Family History

Sind die angeführten Krankheiten in Ihrer engsten Familie vorgekommen?
Have any of these illnesses below ever occurred in your family?

	Mutter/ Mother	Vater/ Father	Details
Herzkrankheiten/ Heart Diseases	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Herzinfarkt/ Heart Attack	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Hoher Blutdruck/ High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Magenleiden/ Gastric disorders	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Geisteskrankheiten/ Mental Illness	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Krebskrankheit/ Cancer	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Lungenasthma/ Lung Asthma	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	
Allergien/ Allergies	<input type="checkbox"/> ja/ yes	<input type="checkbox"/> ja/ yes	

1. Allgemeine Krankheiten/ General Illness

6. Neurologische Krankheiten

Kinderkrankheiten/ Child Diseases	<input type="checkbox"/> ja/yes	Sprachstörungen/ Speech disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes
Welche?		Schlafstörungen/ Sleep disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes
Angeborene Leiden/ Congenital disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes	Ständige Angst/ Constant anxiety	<input type="checkbox"/> ja/yes
Kinderlähmung/ Polio	<input type="checkbox"/> ja/yes	Ständige Unruhe/ Constant unrest	<input type="checkbox"/> ja/yes
Tuberkulose/ Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ja/yes	Nervosität/ Nervousness	<input type="checkbox"/> ja/yes
Gelbsucht/ Jaundice	<input type="checkbox"/> ja/yes	Depressionen/ Depressions	<input type="checkbox"/> ja/yes
Infektionskrankheiten/ Infectious Diseases	<input type="checkbox"/> ja/yes	Leichte Erregbarkeit/ Tendency to excitability	<input type="checkbox"/> ja/yes
Allergien/ Allergies	<input type="checkbox"/> ja/yes	Leichte Ermüdbarkeit/ Tendency to fatigue	<input type="checkbox"/> ja/yes
Medikamentenunverträglichkeit/ Drug Intolerance	<input type="checkbox"/> ja/yes	Kopfschmerzen/ Headaches	<input type="checkbox"/> ja/yes
Tropenkrankheiten/ Tropical Illnesses	<input type="checkbox"/> ja/yes	Schwindel/ Dizziness	<input type="checkbox"/> ja/yes
Geschlechtskrankheiten/ venereal diseases	<input type="checkbox"/> ja/yes	Bewußseinsstörung/ Disturbance of consciousness	<input type="checkbox"/> ja/yes
Krampfadern/ Varicose veins	<input type="checkbox"/> ja/yes	Schulversagen/ Failure at school	<input type="checkbox"/> ja/yes
2. Herz- Kreislaufferkrankungen/ Cardiovascular disorders		Kontaktschwierigkeiten/ Contact Problems	<input type="checkbox"/> ja/yes
Herzfehler/ Heart defects	<input type="checkbox"/> ja/yes	Familienschwierigkeiten/ Family problems	<input type="checkbox"/> ja/yes
Anfälle von Herzklopfen/ Palpitations	<input type="checkbox"/> ja/yes	Selbstmordversuch/ Attempted suicide	<input type="checkbox"/> ja/yes
Unregelmäßiges Herzklopfen/ irregular heartbeat	<input type="checkbox"/> ja/yes	Gehirnerschütterung/ Concussion (*siehe letzte Seite)	<input type="checkbox"/> ja/yes
Herzbeschwerden/ heart disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes	Hirnhautentzündung/ Meningitis	<input type="checkbox"/> ja/yes
Beinschwellung/ swollen legs	<input type="checkbox"/> ja/yes	Nervenverletzung/ Nerve Injury	<input type="checkbox"/> ja/yes
Herzmuskelentzündung/ Myocarditis	<input type="checkbox"/> ja/yes	Krampfleiden/ Convulsions	<input type="checkbox"/> ja/yes
Atemnot/ Shortness of breath	<input type="checkbox"/> ja/yes	Anderer Nervenleiden/ other neurological disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes
Hoher Blutdruck (über 140)/ High Blood Pressure (over 140)	<input type="checkbox"/> ja/yes	7. Augenkrankheiten/ Eye Disorders	
Niedriger Blutdruck (unter 100)/ Low Blood Pressure (under 100)	<input type="checkbox"/> ja/yes	Augenkrankheiten/ Eye Disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes
Schwarzwerden vor den Augen/ Scotodinia	<input type="checkbox"/> ja/yes	Augenverletzungen/ Eye injuries	<input type="checkbox"/> ja/yes
3. Krankheiten der Lunge/ Lung disorders		Kurzsichtigkeit/ Short-Sightedness	<input type="checkbox"/> ja/yes
Häufiger Husten/ frequent coughing	<input type="checkbox"/> ja/yes	Weitsichtigkeit/ Far-Sightedness	<input type="checkbox"/> ja/yes
Lungenentzündung/ Pneumonia	<input type="checkbox"/> ja/yes	Zeitweise Brillenträger/ Glasses part of time	<input type="checkbox"/> ja/yes
Chronische Bronchitis/ chronic brochitis	<input type="checkbox"/> ja/yes	Ständiger Brillenträger/ Glasses all the time	<input type="checkbox"/> ja/yes
Lungentuberkulose/ Pulmonary tuberculosis	<input type="checkbox"/> ja/yes	Kontaktlinsen/ Contctlenses	<input type="checkbox"/> ja/yes
4. Erkrankungen des Blutes/ Blood Disorders		Störung des Farbsehens/ Colour Vision disorder	<input type="checkbox"/> ja/yes
Blutarmut (Anämie)/ Anaemia	<input type="checkbox"/> ja/yes	Nachtblindheit/ Night-blindness	<input type="checkbox"/> ja/yes
Blutgerinnungsstörung/ Blood coagulation disease	<input type="checkbox"/> ja/yes	Schielen als Kind/ squinting as a child	<input type="checkbox"/> ja/yes
Blutungsneigung/ Tendency to haemorrhages	<input type="checkbox"/> ja/yes	Augenoperation/ Eye Operations	<input type="checkbox"/> ja/yes
Lymphknotenvergrößerung/ Hypertrophy of the lymph nodes	<input type="checkbox"/> ja/yes	8. Hautkrankheiten/ Dermatological disorders	
5. Hormonelle Erkrankungen/ Hormone disorders		Ekzeme/ Eczema	<input type="checkbox"/> ja/yes
Schilddrüsenerkrankungen/ thyroid disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes	Schuppenflechte/ Psoriasis	<input type="checkbox"/> ja/yes
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> ja/yes	Allergien/ Allergies	<input type="checkbox"/> ja/yes
Anderer Hormonstörungen/ other hormone disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes	Nesselausschlag/ Hives	<input type="checkbox"/> ja/yes
Anderer Stoffwechselerkrankungen/ other metabolic disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes	Pilzkrankung/ Mycosis	<input type="checkbox"/> ja/yes
		Anderer Hautkrankheiten/ other skin disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes

9. Ohrenkrankheiten/ Hearing disorders

Hörstörung einseitig/ Unilateral hearing disorder	<input type="checkbox"/> ja/yes
Hörstörung beidseitig/ Bilateral hearing disorder	<input type="checkbox"/> ja/yes
Ohrgeräusche einseitig/ Unilateral tinnitus	<input type="checkbox"/> ja/yes
Ohrgeräusche beidseitig/ Bilateral tinnitus	<input type="checkbox"/> ja/yes
Zeitweiser Ohrfluss/ occasional discharge from an ear	<input type="checkbox"/> ja/yes
Ohroperation/ Ear Operations	<input type="checkbox"/> ja/yes
Andere Ohrerkrankungen/ other hearing disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes
Hatten Sie Arbeitslärm/ Industrial Noise	<input type="checkbox"/> ja/yes

10. Erkrankungen v. Nase, Mund, Rachen/Nose, mouth, throat disorders

Heuschnupfen/ Hay fever	<input type="checkbox"/> ja/yes
Nebenhöhlenentzündung/ Sinusitis	<input type="checkbox"/> ja/yes
Oft Halsentzündungen/ frequent sore throat	<input type="checkbox"/> ja/yes
Erschwerte Nasenatmung/ Problems breathing through nose	<input type="checkbox"/> ja/yes
Andere HNO Erkrankungen/ other ENT disorders	<input type="checkbox"/> ja/yes
Mandeloperation/ Tonsillectomy	<input type="checkbox"/> ja/yes
Polypenoperation/ Removal of adenoids	<input type="checkbox"/> ja/yes
Septumoperation/ Septum Operation	<input type="checkbox"/> ja/yes
Schlechte Zähne/ Bad Teeth	<input type="checkbox"/> ja/yes
Zahnersatz (Prothese)/ Dental Prosthesis	<input type="checkbox"/> ja/yes

11. Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane/ Urogenital disorders

Eiweis im Harn/ Protein in urine	<input type="checkbox"/> ja/yes
Harnröhrenausfluss/ Urethral discharge	<input type="checkbox"/> ja/yes
Blasenkatarrh/ Cystic catarrh	<input type="checkbox"/> ja/yes
Nierenentzündung/ Nephritis	<input type="checkbox"/> ja/yes
Nierenbeckenentzündung/ Pyelonephritis	<input type="checkbox"/> ja/yes
Steinleiden/ Renal calculus	<input type="checkbox"/> ja/yes
Geschlechtskrankheiten/ Venereal disease	<input type="checkbox"/> ja/yes

12. Geschwülste oder Tumore/ Growth or tumours

Geschwülste/ Growths	<input type="checkbox"/> ja/yes
Tumore/ Tumours	<input type="checkbox"/> ja/yes

13. Skelettschäden/ Bone disorders

Gelenkrheumatismus/ Articular rheumatism	<input type="checkbox"/> ja/yes
Armbrüche/ Fractured arm	<input type="checkbox"/> ja/yes
Beinbrüche/ Fractured leg	<input type="checkbox"/> ja/yes
Schädelbrüche/ Fractured skull	<input type="checkbox"/> ja/yes
Wirbelbrüche/ fractured spine	<input type="checkbox"/> ja/yes
Andere Knochenbrüche/other fractures	<input type="checkbox"/> ja/yes
Schädelverletzungen/ Skull Injuries (*siehe letzte Seite)	<input type="checkbox"/> ja/yes
Bandscheibenschaden/ Intervertebral disk lesion	<input type="checkbox"/> ja/yes
Kreuzschmerzen/ Backpain	<input type="checkbox"/> ja/yes
Schleudertrauma der HWS/ Whiplash injury to the cervical spine	<input type="checkbox"/> ja/yes
Plattfüsse/ Flat Feet	<input type="checkbox"/> ja/yes

14. Störungen der Verdauungsorgane/ Gastrointestinal disorders

Magengeschwüre/ Gastric ulcers	<input type="checkbox"/> ja/yes
Zwölffingerdarmgeschwür/ Duodenal ulcer	<input type="checkbox"/> ja/yes
Gastritis/ Gstritis	<input type="checkbox"/> ja/yes
Gallensteine/ Gall stone	<input type="checkbox"/> ja/yes
Leistenbruch/ Inguinal hernia	<input type="checkbox"/> ja/yes
Nabelbruch/ Umbilical hernia	<input type="checkbox"/> ja/yes
Gelbsucht/ Jaundice	<input type="checkbox"/> ja/yes
Hämorrhoiden/ Haemorrhoids	<input type="checkbox"/> ja/yes

15. Frauenbeschwerden

Schwangerschaft/ pregnancy	<input type="checkbox"/> ja/yes
Menstruationsbeschwerden/ Menstrual disorder	<input type="checkbox"/> ja/yes

16. Allgemeines/ general

Fühlen Sie sich gesund/ do you feel healthy	<input type="checkbox"/> ja/yes
Rauchen Sie Zigaretten/ do you smoke	<input type="checkbox"/> ja/yes
Anzahl pro Tag/ How many cigarettes a day	<input type="checkbox"/> ja/yes
Trinken sie oft Alkohol/ do you often drink alcohol	<input type="checkbox"/> ja/yes
Nehmen Sie Suchtgifte/ do you take any drugs	<input type="checkbox"/> ja/yes
Treiben Sie Sport/ do you do any sports	<input type="checkbox"/> ja/yes
Welchen/ which?	

17. Präzisieren Sie alle markierten Erkrankungen/ Give details of any disorders**18. Welche Impfungen hatten Sie? (Jahr angeben)/ What vaccinations have you had? (State year)**

Impfung/ Vaccination	Jahr/ Year	Impfung/ Vaccination	Jahr/ Year
Impfung/ Vaccination	Jahr/ Year	Impfung/ Vaccination	Jahr/ Year
Impfung/ Vaccination	Jahr/ Year	Impfung/ Vaccination	Jahr/ Year

19. Aus welchen Gründen waren Sie bisher beim Arzt?/ For what reason have you consulted a doctor?

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

20. Aus welchen Gründen waren Sie bisher im Krankenhaus?/ For what reason have you been admitted to hospital?

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

21. Waren Sie jemals in psychiatrischer Behandlung?/ Have you ever received psychiatric treatment?

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

22. Vorangegangene Operation?/ Surgery?

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

Diagnose/ Diagnosis _____ Jahr/ Year _____

23. Welche Tabletten nehmen Sie (auch nur zeitweise)?/ What drugs do you take (regularly or occasionally)?

Art, Dosis, Diaqnose/ Type, dose, Diagnosis _____

24. Welche schweren bzw. Leichte Unfälle hatten Sie?/ What major or minor accidents have you had?

Art, Diagnose, Jahr/ Type, Diagnosis, Year _____

Ärztlicher Dienst/ Medical Service

streng vertraulich/ strictly confidential

Angaben zur Sehtauglichkeit

1. Brillen oder Kontaktlinsenträger
ja nein

wenn ja, bitte Brillenverschreibung (Refraktionswerte) vom Augenfacharzt oder Optiker beilegen!

2. Augenoperationen
ja nein
wenn ja, welche: _____

3. Farbsehstörung (keine Rot oder Grün – Schwäche):
ja nein

4. Gesichtsfeld und Schielwinkel auffällig
ja nein

5. Doppelbilder
ja nein

Sollten Sie Ihre Sehleistung nicht selbst einschätzen können bzw sollten Unklarheiten aufkommen, empfehlen wir primär einen JAR Augenarzt zu konsultieren und Ihrer Bewerbung beizulegen.

(* Befunde und aktuelles EEG bitte der Bewerbung beilegen!

Weiters ist der Bewerbung zum Linienspiloten bei Austrian Airlines ein aktueller HIV-Test (nicht älter als 3 Monate) beizulegen!

Ich bestätige, dass alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass wissentlich falsche Angaben, sowie das Verschweigen wesentlicher Tatsachen rechtliche Folgen haben können. Ich ermächtige Ärzte und Spitäler, dem fliegerärztlichen Sachverständiger Auskünfte und Einsicht in ihre Akten zur Beurteilung meiner Flugtauglichkeit zu gewähren.

Here I confirm that all the above statements are true to the best of my knowledge. I am aware that intentional misrepresentations or non-disclosure of significant facts may be prosecuted. I herewith authorize doctors and hospitals to disclose my medical information to the medical expert and to allow him to inspect my records for the purpose of assessing my fitness for flying.

Ort/ Location _____

Datum/ Date _____

Unterschrift/ Signature _____