

Angaben zur Ordination - AME

Ergänzende Angaben zur Ordination zum Antrag auf Anerkennung eines flugmedizinischen Sachverständigen gemäß Annex IV MED.D.030 der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 idgF und Annex IV ATCO.MED.025 der Verordnung (EU) 2015/340 idgF

Bitte füllen Sie die umrandeten Felder des Formulars aus und senden Sie es unterschrieben mitsamt den Beilagen an:

AUSTRO CONTROL GmbH, Luftfahrtagentur - Flugmedizin (ACW), Schnirchgasse 17, 1030 Wien, Österreich

1 Ordinationsadresse (Diese Daten werden bei Zustimmung im Antragsformular auf der ACG Homepage veröffentlicht)

AME-Nummer (wenn vorhanden)

Titel Vorname Nachname

Straße Ort PLZ Land

Telefon Fax E-Mail

Homepage

2 Ordinationszeiten

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

Nach Terminvereinbarung

3 EDV Infrastruktur

Internetzugang

Farbdrucker (vorzugsweise Laserdrucker)

PC (Windows Betriebssystem, Installation der vorgegebenen Runway-Software)

gegebenenfalls Kopierer (kann durch Scannen und Drucken ersetzt werden)

Scanner

4 Ordinationseinrichtung

Klinische Untersuchung: Stethoskop RR Messgerät

geeichte Waage Maßband

Herz-Kreislauf-Untersuchung: 12-Kanal-EKG Spirometrie*

*) Wenn nicht vorhanden, Nennung eines Kooperationsfacharztes für Pulmologie:

Urinstatus: Harnstreifen (Mindestumfang: GLU, ERY, PROT)

Labor*: Blutabnahme-Equipment Serumlipide* Hämoglobin*

*) Wenn nicht vorhanden, Name des Kooperationslabors:

Augenuntersuchung*: Ophthalmoskop Ishihara Farbtafeln (24-Tafel-Version)
 Möglichkeit zur Bestimmung von Nah-, Intermediär- und Fernvisus**

*) Unter Umständen ist im Falle von künstlicher Beleuchtung Tageslichtspektrum vorzusehen

**) Sehtafeln für den Nah- und Zwischenvisus: VO (EU) Nr. 1178/2011 MED.B.070 iVm GM MED.B.070

Angaben zur Ordination - AME

Ergänzende Angaben zur Ordination zum Antrag auf Anerkennung eines flugmedizinischen Sachverständigen gemäß Annex IV MED.D.030 der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 idgF und Annex IV ATCO.MED.025 der Verordnung (EU) 2015/340 idgF

HNO-Untersuchung: Reintonaudiometer Otoskop Rhinoskop

5 **Unterschrift**

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers aus dem Originalantrag