

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, Abteilung LSA, Wagramer Straße 19, 1220 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 jeweils vorgegebenen JAVA-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*: für Serumlipide für Hämoglobin

Wenn nicht vorhanden, Name des Kooperationslabors:

*) Blutabnahme-Equipment muss vorhanden sein

Augenuntersuchung*: Ishihara Farbtafeln Ophthalmoskop

Möglichkeit zur Bestimmung von Nah-, Intermediär- und Fernvisus

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

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
 Tympanometer* Frenzelbrille

*) empfohlen

5 Unterschrift

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers aus dem Originalantrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>