

# Zweitüberprüfung der flugmedizinischen Tauglichkeit (Secondary Review)

Zweitüberprüfung der flugmedizinischen Tauglichkeit gemäß MED.A.025 (b) (3)  
der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 bzw. ATCO.MED.A.025 (b) (3)  
der Verordnung (EU) 2015/340 iVm ARA.MED.325 leg. cit.

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

AUSTRO CONTROL GmbH, Luftfahrtagentur, Schnirchgasse 17, 1030 Wien, Österreich

## 1 Antragsart

Ich beantrage die Zweitüberprüfung meiner flugmedizinischen Tauglichkeit durch die zuständige Behörde (Secondary Review) gemäß Annex IV MED.A.025 (b) (3) der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 bzw. Annex IV ATCO.MED.A.025 (b) (3) der Verordnung (EU) 2015/340 iVm ARA.MED.325.

## 2 Antragsteller (Luftfahrtpersonal)

Titel	Vorname	Nachname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße		Ort	PLZ	Land
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon		E-Mail		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Geburtsdatum	Nummer der Lizenz/Attestation	Tauglichkeitsklasse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## 3 Beilagen

- Mitteilung über die Verweigerung eines flugmedizinischen Tauglichkeitszeugnisses bzw. einer ärztlichen Flugbegleiterbescheinigung
- Begründung des Antrages auf Zweitüberprüfung der flugmedizinischen Tauglichkeit

- alle relevanten Befunde

## 4 Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben angeführten Angaben und nehme zur Kenntnis, dass für die Amtshandlung gemäß der Austro Control-Gebührenverordnung (ACGV) und dem Gebührengesetz (GebG) entsprechende Gebühren anfallen, welche mir in Rechnung gestellt werden.

Ich stimme zu, dass alle Befunde von ACG Konsiliargutachtern zwecks spezifischer Beurteilung übermittelt und ggf. erstellte Gutachten direkt an die Behörde retourniert werden.

Ich stimme der elektronischen Übermittlung der Unterlagen zu (dies ermöglicht eine einfachere Kommunikation und raschere Bearbeitungsdauer).

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