

Liste der flugmedizinisch-zertifizierten Fachärzte

Ansuchen um Aufnahme in die Liste der flugmedizinisch-zertifizierten Fachärzte

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 Aufnahme in die Liste der flugmedizinisch-zertifizierten Fachärzte gemäß Ziffer 10.1 ACG/MED/01-2016 Zivilluftfahrtpersonal-Anweisung, Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 - Part-MED, Verordnung (EU) 2015/340 - Part-ATCO-MED, Annex 1 to the Convention on International Civil Aviation - Personnel Licensing, Kapitel VI iVm Doc 8984 - Manual of Civil Aviation Medicine.

2 Antragsteller = Facharzt

Titel Vorname Nachname

Telefon Fax E-Mail

Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Facharzt für Ophthalmologie und Optometrie

3 Ordinationsadresse (Diese Daten werden auf der veröffentlichten Liste der flugmedizinischen Augen/HNO-Fachärzte angeführt.)

Straße Ort PLZ Land

Telefon Fax E-Mail

Homepage

4 Ordinationseinrichtung bei Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- Otoskop Rhinoskop, Spiegel, Lampe Tympanometer
 Frenzelbrille Reintonaudiometer Laryngoskop
 Möglichkeit zur Durchführung eines Sprachdiskriminationstests
 Möglichkeit zur kalorischen Nystagmusprüfung

Weitere bisher nicht erwähnte medizinisch-technische Ausstattung:

5 Ordinationseinrichtung bei Fachärzten für Ophthalmologie und Optometrie

- Spaltlampe Perimeter Tonometer
 Laternentest (fakultativ) Anomaloskop (fakultativ) CAD-Test (fakultativ)
 Ishihara Farbtafel (24 Tafel Version)
 Möglichkeit zur Bestimmung des besten unkorrigierten Fern-, Intermediär- und Nahvisus
 Möglichkeit zur Fundoskopie

Weitere bisher nicht erwähnte medizinisch-technische Ausstattung:

Liste der flugmedizinisch-zertifizierten Fachärzte

Ansuchen um Aufnahme in die Liste der flugmedizinisch-zertifizierten Fachärzte

6 Beilagen (Bitte legen Sie, wenn nicht anders angegeben, Kopien folgender Unterlagen dem Antrag bei.)

- Bescheinigung über den Abschluss der fachärztlichen Ausbildung (Facharzt Diplom)
- Bestätigung der Absolvierung einer spezifischen Grundschulung durch Austro Control GmbH
- Bestätigung der zuständigen Ärztekammer über die aufrechte Meldung einer Ordination

7 Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angeführten Angaben sowie, dass ich über fundierte Kenntnisse der Verordnung (EU) Nr. 1178/2011 - Part-MED und der Verordnung (EU) 2015/340 - Part-ATCO-MED verfüge und die fachärztlichen Konsiliargutachten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften und gemäß der Bestimmungen der og. EU-Verordnungen erstellen werde und dass es der ACG obliegt, im Fall des Zuwiderhandelns eine Streichung von der Facharztliste vorzunehmen.

Weiters bestätige ich, dass in meiner angeführten Ordination Verfahren und Voraussetzungen gelten, die erforderlich sind, um die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz im Sinne der nationalen Gesetzgebung zu gewährleisten.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass für die Zertifizierung zum flugmedizinischen Facharzt gemäß Austro Control-Gebührenverordnung - ACGV, BGBl. Nr. 2/1994, idgF, einmalig eine Gebühr zu entrichten ist und ich an den von der Austro Control GmbH ggf. organisierten und vorgeschriebenen Weiterbildungsveranstaltungen für flugmedizinisch-zertifizierte Fachärzte teilnehmen muss, um meine Zertifizierung aufrecht zu erhalten.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Ordinationskontaktdaten in der Liste der flugmedizinisch-zertifizierten Fachärzte auf der Homepage der ACG zu.

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers

--	--	--