

# 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, 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\*:**  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"/>