

53. In der Anlage 5 wird in der Überschrift zu lit. a die Wortfolge „Inhalt des flugmedizinischer Untersuchungsberichtes der flugmedizinischen Stelle an die zuständige Behörde gemäß § 34 Abs. 1 Luftfahrtgesetz“ durch die Wortfolge „Inhalt der Dokumentation gemäß § 7“ ersetzt.

54. In der Anlage 5 werden die drei unter lit. a enthaltenen Formulare durch folgende drei Formulare ersetzt:

**austro CONTROL**

## MEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

Vertraulich

**ÖSTERREICH**

(201) Untersuchungskategorie <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung	(202) Größe	(203) Gewicht	(204) Augenfarbe	(205) Haarfarbe	(206) Ruheblutdruck	(207) Ruhepuls
	cm	kg			mmHg systolisch      diastolisch	Frequenz      Rhythmus

Klinische Untersuchung (je der Punkt ist abzuhaken) normal/nicht normal

	Normal	Abnormal		Normal	Abnormal
(208) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Bauch, Hernien, Leber, Milz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Mundhöhle, Rachen, Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Gastro-intestinal Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nase, Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Harn- und Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Ohren, Trommelfell, Trommelfellbeweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Innere Sekretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Augen, Orbita und Adnexe, Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) obere und untere Extremität, Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Augen, Pupillen, Augenhintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Wirbelsäule, sonstiger Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Augen, Beweglichkeit, Nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) neurologische Untersuchung (Reflexe etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Lunge, Thorax, Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) psychiatrische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Haut, unveränderliche Kennzeichen, Lymphsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Bemerkungen: Nicht normale Befunde sind zu beschreiben und mit der zutreffenden Ziffer zu versehen.

---

**Sehschärfe Birkhäuser**

(229) Fernvisus (in 5m/6m) Brille Kontaktlinsen

rechtes Auge unkor.		korrigiert auf			
linkes Auge unkor.		korrigiert auf			
beide Augen unkor.		korrigiert auf			

(230) Zwischensvisus unkorrigiert korrigiert

N4 at 100 cm

	Ja	Nein	Ja	Nein
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) Nahvisus unkorrigiert korrigiert

N5 at 30-50 cm

	Ja	Nein	Ja	Nein
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Brille (233) Kontaktlinsen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art:		Art:	
Refraktion	sphärisch	zylindrisch	Achse
rechtes Auge			Nah-Addition
linkes Auge			

(234) Hörvermögen

Umgangssprache in 2 m mit dem Rücken zum Arzt	rechtes Ohr	linkes Ohr
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

**Audiometrie**

Hz	500	1000	2000	3000
Rechts				
Links				

(235) Harnanalyse  normal  nicht normal

Glukose	Eiweiß	Blut	Sonstiges
---------	--------	------	-----------

(236) Lungenfunktion (237) Hämoglobin

Spirometrie Peak Flow l/min g/dl

normal  nicht normal  normal  nicht normal

Begleitbefunde nicht durchgeführt normal nicht normal

(238) EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Augenärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) HNO-fachärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Thorax-Röntgenaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Blutfettstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Lungenfunktionstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(245) EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(246) Farbensehen

Pseudoisochromatische Tafeln Typ:

Anzahl der Tafeln: Anzahl der Fehler:

(247) Urteil des flugmedizinischen Sachverständigen:

Name des Bewerbers:  
 Geburtsdatum:  
 taugliche Klasse  
 Tauglichkeitszeugnis Klasse ausgestellt  
 untaugliche Klasse (JAR-FCL 3, Abs. )

Zur weiteren Klärung abgeben. Wenn ja, warum und an wen?

(248) Bemerkungen, Einschränkungen, Auflagen:

(249) Erklärung des flugmedizinischen Sachverständigen:  
 Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine flugmedizinische Praxisgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(250) Ort und Datum:	Name und Anschrift des flugmedizinischen Sachverständigen (in Großbuchstaben)	Stempel mit Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen:
Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen:	Telefon: Telefax:	

No 161 (a) MEDICAL EXAMINATION REPORT



**AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT**

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

ÖSTERREICH

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	(13) System Referenznummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:	(14) Art der beantragten Lizenz:	
<p>(301) <b>Einverständniserklärung:</b> Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.</p>			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(302) <b>Untersuchungskategorie:</b> <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung	(303) <b>Ophthalmologische Vorgeschichte:</b>
--	---

**Klinische Untersuchung:**  
Jedes Kästchen ausfüllen

	normal	abnormal
(304) äußeres Auge, Lider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Lage und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Gesichtsfeld (Konfrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupillenreflexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fundi (Ophthalmoskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Konvergenz	cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Akkommodation	D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sehschärfe:**

(314) Fernvisus in 5/6 m	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>

(315) Zwischenvisus in 1 m	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>

(316) Nahvisus in 30-50 cm	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/> korrigiert auf	<input type="checkbox"/>

(312) **Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)**

Ferne in 5/6 m	Nähe in 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Phorie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fusionsreserve: <input type="checkbox"/> nicht geprüft <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal	

(317) **Refraktion**

	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nah-Addition
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aktuelle Refraktion untersucht <input type="checkbox"/> Brillenrezept				

(318) <b>Brille</b>	(319) <b>Kontaktlinsen</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art:	Art:

(313) **Farbsehen**

Pseudisochromatische Tafeln Typ: \_\_\_\_\_

Anzahl der Tafeln: \_\_\_\_\_ Anzahl der Fehler: \_\_\_\_\_

Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich  Ja  Nein

Untersuchungsmethode:  
 farbensicher  nicht farbensicher

(320) **Augeninnendruck**

rechts	links
<input type="checkbox"/> mmHg	<input type="checkbox"/> mmHg
Meßmethode: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal	

(321) **Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:**

(322) **Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):**  
Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

Ort und Datum:	Name und Adresse des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes	Telefon: Telefax:	

No 162(a) OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT



**HNO-ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT**

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

ÖSTERREICH

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname:	(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung	
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	(13) System Referenznummer:
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:	(14) Art der beantragten Lizenz:	
(401) <b>Einverständniserklärung:</b> Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.			
Datum		Unterschrift des Antragstellers	
		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(402) <b>Untersuchungskategorie:</b> <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt-) Untersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung	(403) <b>HNO-ärztliche Vorgeschichte:</b>
--	---

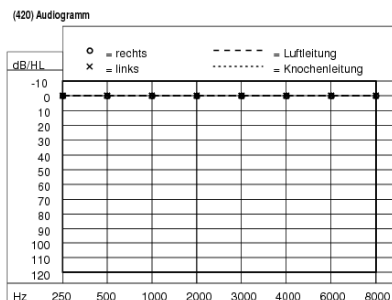
Klinische Untersuchung: jedes Kästchen ausfüllen	normal	abnormal
(404) Kopf, Gesicht, Hals, Kopfhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Mundhöhle, Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Nasengänge und Nasopharynx einschließlich vordere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Gleichgewichtssinn einschließlich Romberg-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Äußerer Gehörgang, Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatische Otoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedanztypanometrie Valsalva-Manöver (nur Erstuntersuchung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusatzuntersuchungen (falls indiziert)	nicht durchgeführt	normal	abnormal
(414) Sprachaudiometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Hintere Rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG, Spontan- und Lagenystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) kalorische Untersuchung oder Drehprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Spiegel- und Glasfaserlaryngoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) **Reintonaudiometrie**

db (Hörverlust)

Hz	Luftleitung		Knochenleitung	
	rechtes Ohr	linkes Ohr	rechtes Ohr	linkes Ohr
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				



(421) **HNO-ärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:**

(422) **Erklärung des untersuchenden Arztes (HNO-Arzt):**  
 Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

(423) Ort und Datum:	Name und Adresse des HNO-Arzt (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes	Telefon: Telefax:	

No 163(a) OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT

55. In der Anlage 5 wird in der Überschrift zu lit. b die Wortfolge „Inhalt des flugmedizinischer Untersuchungsberichtes der flugmedizinischen Stelle an die zuständige Behörde gemäß § 34 Abs. 1 Luftfahrtgesetz“ durch die Wortfolge „Inhalt der Dokumentation gemäß § 7“ ersetzt.

56. In der Anlage 6 wird in der Überschrift zu lit. a nach der Wortfolge „jene gemäß § 23“ ein Beistrich gesetzt und die Zitierung „§ 25“ eingefügt.

57. In der Anlage 6 werden in der Überschrift zu lit. b nach der Wortfolge „gemäß § 23“ die Worte „und § 25“ eingefügt.

58. In der Anlage 6 lautet unter lit. b der Text nach der Überschrift „Anleitung für Eintragungen“ wie folgt:

- „1. § 118 in Verbindung mit JAR-FCL 1.080 und JAR-FCL 2.080 fordern vom Lizenzinhaber Aufzeichnungen über dessen Tätigkeit als Zivilluftfahrer (Flugbuch). Dieses Flugbuch ermöglicht es dem Lizenzinhaber, Flugerfahrung in einer Weise aufzuzeichnen, die Verfahren erleichtert und eine permanente Aufzeichnung der fliegerischen Tätigkeit gewährleistet. Piloten, die regelmäßig Flugzeuge und Hubschrauber beziehungsweise Luftfahrzeuge anderer Kategorien steuern, wird empfohlen, separate Flugbücher für jede Art der Flugtätigkeit zu führen.
2. Eintragungen in das Flugbuch sollen so bald wie möglich nach jedem Flug erfolgen. Alle Eintragungen in das Flugbuch müssen mit Tinte oder unauslöschbarem Bleistift erfolgen.
3. Die Einzelheiten eines jeden Fluges, bei welchem ein Lizenzinhaber als Flugbesatzungsmitglied auf dem Luftfahrzeug tätig wird, sind in der entsprechenden Zeile einzutragen. Vorausgesetzt, dass ein Luftfahrzeug eine Anzahl von Flügen am selben Tag durchführt und jedes Mal zum Startplatz zurückkehrt und die Intervalle zwischen den aufeinander folgenden Flügen 30 Minuten nicht überschreiten, können derartige Serien von Flügen als einzelne Eintragung aufgezeichnet werden.
4. Als Flugzeit gem. JAR FCL 1.001 bei Flugzeugen ist die Zeit zwischen dem erstmaligem Abrollen des Flugzeuges aus seiner Parkposition zum Zwecke des Startens bis zum Stillstand an der zugewiesenen Parkposition und bis alle Triebwerke abgestellt sind einzutragen.  
Als Flugzeit gem. JAR FCL 2.001 bei Hubschraubern ist die Zeit vom erstmaligen Drehen der Rotoren bis zum Absetzen und dem nachfolgenden Stillstand der Rotoren einzutragen.
5. Wenn zwei oder mehr Piloten als Besatzungsmitglieder an Bord sind, muss einer dieser Piloten vor Beginn des Fluges gemäß den anzuwendenden Bestimmungen als verantwortlicher Pilot („commander“) bestimmt werden. Dieser Pilot kann auch die Durchführung des Fluges an den anderen entsprechend qualifizierten Piloten delegieren.  
Alle Flüge, die als „commander“ durchgeführt werden, müssen in das Flugbuch als „verantwortlicher Pilot“ eingetragen werden. Ein Pilot, der als verantwortlicher Pilot unter Aufsicht oder als verantwortlicher Pilot in Ausbildung, muss die Flugzeiten als „verantwortlicher Pilot“ eintragen; sämtliche dieser Einträge müssen vom „commander“ beziehungsweise Fluglehrer in der Spalte „Bemerkungen“ des Flugbuches bestätigt werden.
6. Anmerkungen für die Eintragung der Flugzeit:
 

Spalte 1:	Datum (Tag, Monat, Jahr) an dem der Flug beginnt.
Spalte 2/3:	Ort des Abfluges und der Ankunft, entweder voll ausgeschrieben oder in den international anerkannten Buchstabenbezeichnungen. Alle Zeiten müssen gemäß UTC eingetragen werden.
Spalte 5:	Angabe, ob der Betrieb mit einem oder zwei Piloten erfolgte, und bei einem Betrieb mit einem Piloten, ob ein- oder mehrmotorig.
Spalte 6:	Die Gesamtflugzeit kann wie gewünscht in Stunden und Minuten oder im Dezimalsystem eingetragen werden.
Spalte 7:	Name des verantwortlichen Piloten.
Spalte 8:	Anzahl der Landungen als Pilot bei Tag und/oder Nacht.
Spalte 9:	Flugzeit bei Nacht und/oder nach Instrumentenflugregeln wenn erforderlich. IFR Flüge bei Nacht sind sowohl bei Nachtflugzeit als auch bei IFR Flugzeit einzutragen.
Spalte 10:	Funktion des Piloten: Flugzeit als verantwortlicher Pilot (PIC), verantwortlicher Pilot in Ausbildung (SPIC) und verantwortlicher Pilot unter Aufsicht (PICUS) werden als PIC eingetragen.