

## PRÄAMBEL

Sollte es Anhaltspunkte dafür geben das eines der Besatzungsmitglieder Einschränkungen in der Seediensttauglichkeit aufweist, so ist die betreffende Person gemäß Paragraph 18/Abs.7 des Gesetzes vom 07. Dezember 2022 über die Anerkennung der Berufsqualifikation im Bereich der Binnenschifffahrt, dazu verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung, gemäß der Abänderung des geänderten Gesetzes vom 28. Juli 1973 zur Schaffung eines Navigationsdienstes zu beantragen.

Sollte sich herausstellen, dass das Besatzungsmitglied gesundheitlich eingeschränkt oder untauglich ist, muss dem zuständigen Minister unverzüglich ein ärztliches Attest, zusammen mit der Qualifikationsbescheinigung vorgelegt werden, damit der Minister die von ihm auferlegten Risikominimierungen und Einschränkungen, eintragen kann.

Wenn ein neues uneingeschränktes medizinisches Tauglichkeitszeugnis von dem Besatzungsmitglied vorgelegt wird, entfernt der Minister die Risikominimierungen und Einschränkungen aus der Qualifikationsbescheinigung.

## ERKLÄRUNG

Ich, der/die Unterzeichnende ....., erkläre hiermit, dass ich umfassend darüber informiert wurde und verstanden habe, dass ich die Privilegien meiner Lizenz nicht nutzen kann, wenn:

1. Mir bekannt ist, dass ich unter einer Krankheit leide, die zu einer Einschränkung meiner Leistungsfähigkeit führen könnte,
2. Ich, aus Eigeninitiative oder aufgrund von ärztlicher Verordnung, Medikamente einnehme, die einen Einfluss auf die unbedenkliche Ausübung meiner Tätigkeit in völliger Sicherheit haben könnten,
3. Ich mich in medizinischer Behandlung befand oder mich einem chirurgischen Eingriff unterziehen musste, deren Folgen einen möglichen Einfluss auf die Ausübung meiner Tätigkeit in völliger Sicherheit haben könnten.

Ich beantrage vor Wiederaufnahme meiner Berufstätigkeit eine ärztliche Untersuchung bei einem zugelassenen Arzt, wenn ich:

1. Wegen eines chirurgischen Problems oder einer anderen invasiven Maßnahme in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus war,
2. Eine Behandlung aufgrund einer chronischen Erkrankung begonnen habe,
3. Einen Unfall hatte, dessen Folgen es mir nicht erlauben, meinen Aufgaben in völliger Sicherheit nachzukommen,
4. Eine oder mehrere gesundheitliche Einschränkungen habe, die es mir nicht erlauben meinen Aufgaben in völliger Sicherheit nachzukommen, wie z.B.:
  - a. Herz-Kreislauf-Probleme (z.B. Arterielle Hypertonie, Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, ischämischer Schlaganfall, arterielle Probleme, Thrombophlebitis, Herzschrittmacher)
  - b. Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Pneumothorax, chronische Bronchitis)
  - c. Insulinpflichtiger oder nicht-insulinpflichtiger Diabetes mellitus
  - d. Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis)

- e. Psychische Störungen (z.B. Schizophrenie, bipolare Störungen), Affektive Störungen (z.B. Depression), Alkoholmissbrauch, Einnahme von Drogen oder anderen psychoaktiven Substanzen (z.B. Amphetamine)
- f. Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Schlafapnoe, Narkolepsie, Migräne, Multiple Sklerose, Demenz, Ohnmacht oder Bewusstseinsstörungen, intrakranielle Operationen, Schädeltraumata)
- g. Krebs
- h. Blutkrankheiten (z.B. Anämie, Gerinnungsstörungen)
- i. Schwindel (z.B. Ménière-Krankheit)
- j. Erkrankungen des Urogenitalsystems (z.B. Nephritis, dialysepflichtige Nephropathie, rezidivierende Harnsteinleiden)
- k. Prothesen jeglicher Art (z.B. Hüftprothese, Kniegelenksprothese)
- l. Organtransplantationen

Luxemburg, den .....

Familienname .....

Vorname .....

**Unterschrift**