

Fyll i denna sida fullständigt. Texta! - För detaljer hänvisas till instruktionssidorna.

Sekretesslagen (1980:100) skall beaktas

1. JAA-stat som ansökan gäller:		2. Klass av medicinskt intyg som ansökan gäller: <input type="checkbox"/> Klass 1 <input type="checkbox"/> Klass 2 <input type="checkbox"/> Klass 3 <input type="checkbox"/> Annan	
3. Efternamn:		4. Tidigare efternamn:	
5. Förnamn:		7. Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	
8. Födelseort och födelseort:		9. Nationalitet:	
10. Stadigvarande adress: Land: E-postadress: Telefonnummer:		11. Postadress (om annan än den stadigvarande adressen): Land: Telefonnummer:	
18. Flygcertifikat som innehas (typ):		Certifikatnummer:	
		Utfärdad i (land):	
20. Har Du någon gång av en certifikatutfärdande myndighet nekats, fått upphävt eller fått återkallat ett medicinskt intyg för flygning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land: Detaljer:		12. Ansökan: <input type="checkbox"/> Förstagångs <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse	
		13. Personnummer:	
		14. Typ av certifikat som önskas:	
		15. Sysselsättning (huvudsaklig):	
		16. Arbetsgivare:	
		17. Senaste ansökan om medicinskt intyg: Datum: Ort:	
19. Några begränsningar av certifikatet/det medicinska intyget: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Detaljer:		21. Totalt antal flygtimmar:	
		22. Antal flygtim. efter den senaste flygläkarundersökningen	
		23. Luftfartyg som Du för närvarande flyger:	
24. Har Du sedan den senaste flygläkarundersökningen varit inblandad i någon olycka/incident med luftfartyg? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land: Detaljer:		25. Typ av flygning som avses:	
		26. Flygverksamhet för närvarande: <input type="checkbox"/> Enpilot <input type="checkbox"/> Flerpilot	
27. Alkohol - ange genomsnittligt veckointag:		28. Brukar Du för närvarande någon medicin? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ange läkemedel, dosering, datum då medicineringen startade och anledning:	
29. Röker Du <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Nej, slutat röka år: <input type="checkbox"/> Ja Ange typ och mängd:			

Allmän och medicinsk bakgrund: Har Du haft något av det följande? Varje fråga måste besvaras med ett JA eller ett NEJ (eller i enlighet med vad som anges). Ja-svar ska utvecklas närmare i fältet för anmärkningar. Om undersökning utförs på samma mottagning som den föregående, markera endast de rutor där ändring skett sedan föregående undersökning. Om ingen ändring skett notera detta i ruta 30.

Ja Nej		Ja Nej		Ja Nej		Ja Nej	
101. Ögonbesvär/Ögonoperation		113. Skallskada eller hjärnskakning?		124. Ett positivt HIV-test		Endast för kvinnor	
102. Har Du varit glasögon eller kontaktlinser sedan den senaste läkarundersökningen?		114. Ofta förekommande eller svår huvudvärk		125. Någon sexuellt överförd sjukdom?		150. Gynekologiska besvär, menstruationsbesvär?	
103. Har receptet för glasögon eller kontaktlinser ändrats sedan den senaste läkarundersökningen?		115. Yrsel- eller svimningsfall?		126. Intagning på sjukhus		151. Är Du gravid?	
104. Allergi eller hörsnuva?		116. Medvetlöshet av någon anledning?		127. Någon annan sjukdom eller skada?		Sjukdomar i släkten	
105. Astma eller lungsjukdom?		117. Neurologiska rubbningar: Stroke, epilepsi, kramper, förlamningar, etc.?		128. Besök hos legitimerad läkare sedan senaste flygläkarundersökningen?		170. Hjärtsjukdom?	
106. Hjärt- eller kärlbesvär?		118. Psykiska rubbningar av något slag: depression, ångest etc.?		129. Har Du nekats livförsäkring?		171. Högt blodtryck?	
107. Högt eller lågt blodtryck?		119. Missbruk av alkohol, droger eller andra psykoaktiva substanser?		130. Har Du nekats flygcertifikat?		172. Höga kolesterolvärden?	
108. Njursten eller blod i urinen?		120. Självmordsförsök?		131.		173. Epilepsi?	
109. Sockersjuka, hormonrubbningar?		121. Åksjuka som kräver medicinering?		132. Har Du på medicinska grunder avvisats från att påbörja eller fullfölja militärtjänstgöring?		174. Psykisk sjukdom?	
110. Besvär från magtarmkanalen eller levern?		122. Blodbrist, sicklecellsanemi eller andra blodsjukdomar?		133. Har Du tilldelats pension eller skadeersättning efter skada eller sjukdom?		175. Diabetes?	
111. Hörselnedsättning eller öronsjukdom?		123. Malaria eller annan tropisk sjukdom?				176. Tuberkulos?	
112. Näs- eller halsbesvär, talrubbningar?						177. Allergi, astma eller eksem?	
						178. Årftiga sjukdomar?	
						179. Glaukom (grön starr)?	

30. Anmärkningar: Om tidigare meddelad och ingen förändring har ägt rum, ange detta.

 31. **Försäkran:** Jag intygar härmed att jag noggrant har övervägt de ovanstående uppgifterna och att de så vitt jag vet är fullständiga och korrekta och att jag inte har undanhållit någon information av betydelse eller lämnat några vilseledande uppgifter. Jag är införstådd med att myndigheten, om jag har lämnat några felaktiga eller vilseledande uppgifter i samband med denna ansökan eller om jag inte kommer in med begärda kompletteringshandlingar kan vägra att bevilja mig ett medicinskt intyg eller återkalla ett redan beviljat medicinskt intyg. SAMTYCKE TILL UTLÅMNANDE AV MEDICINSK INFORMATION: Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till flygläkaren, luftfartsmyndigheten och, när så är nödvändigt, den flygmedicinska enheten i en annan JAA medlemsstat, och jag godkänner att dessa dokument eller eventuell annan elektronisk lagrad information får användas som underlag för medicinsk bedömning, förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till dem enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av sekretesslagen (1980:100).

L 1630-7

Datum

Sökandens underskrift

Leg. Läkarens underskrift

