FORMULARZ WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA LOTNICZO-LEKARSKIEGO OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania.

(1) Państwo wydania licencji:	(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie: klasa 1 ☐ klasa 2 ☐ LAPL ☐ Inne ☐		
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):		(12) Wniosek: Wstępny ☐ Przedłużenie/Wznowienie ☐
(5) Imię/imiona:	(6) Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	(7) Płeć: Mężczyzna ☐ Kobieta ☐	(13) Numer referencyjny:
(8) Miejsce i państwo urodzenia:	(9) Narodowość:		(14) Rodzaj wnioskowanej licencji:
(10) Stały adres: Kraj: Numer telefonu: Numer tel. komórkowego: E-mail:	(11) Adres do korespondencji (jeżeli inny): Kraj: Numer telefonu:		(15) Zawód (podstawowy): (16) Pracodawca: (17) Ostatnie badanie lekarskie: Data: Miejsce:

(18) Posiadane licencje (rodzaj): Numer licencji: Państwo wydania:	(19) Jakiekolwiek posiadane ograniczenia licencji/orzeczenia lotniczo-lekarskiego: Nie ☐ Tak ☐ Szczegółowe informacje:
(20) Czy kiedykolwiek władza uprawniona do licencjonowania odmówiła wydania, zawiesiła lub cofnęła Panu/Pani orzeczenie lotniczo-lekarskie? Nie ☐ Tak ☐ Data: Kraj: Szczegółowe informacje:	(21) Nalot całkowity: / (22) Nalot od czasu ostatniego badania: (23) Klasa/typ obecnie pilotowanego statku powietrznego:
(24) Jakikolwiek wypadek lotniczy lub zgłoszony incydent od czasu ostatniego badania: Nie ☐ Tak ☐ Data: Miejsce: Szczegółowe informacje:	(25) Rodzaj planowanych lotów: (26) Obecnie wykonywane loty: Załoga jednoosobowa: ☐ Załoga wieloosobowa: ☐
(27) Czy pije Pan/Pani alkohol: Nie ☐ ☐ Tak, ilość (29) Czy pali Pan/Pani tytoń: ☐ Nie, nigdy Nie, data zaprzestania: ☐ ☐ Tak, podać rodzaj i ilość:	(28) Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Nie ☐ Tak ☐ Podać nazwę leku, dawkę, datę rozpoczęcia i powód przyjmowania:

Wywiad ogólny i wywiad medyczny: Czy przechodzi lub kiedykolwiek przechodził Pan/Pani którekolwiek z niżej wymienionych? (Proszę zaznaczyć). Jeśli tak, podać szczegółowe informacje w części dotyczącej uwag (30). **Wywiad rodzinny:**

	Tak	Nie		Tak	Nie		Tak	Nie		Tak	Nie
101 Problem ze wzrokiem / operacja oczu			112 Nos, gardło lub zaburzenia mowy			123 Malaria lub inne choroby tropikalne			170 Choroba serca		
102 Kiedykolwiek noszone okulary/soczewki kontaktowe			113 Obrażenia głowy lub wstrząśnienie ~~s~~ mózgu			124 Pozytywny wynik testu HIV			171 Wysokie ciśnienie tętnicze		
103 Zmiana przepisanych okularów i/lub soczewek kontaktowych od ostatniego badania			114 Częste lub dotkliwe bóle głowy			125 Choroba przenoszona drogą płciową.			172 Wysoki poziom cholesterolu		
104 Katar sienny, inna alergia			115 Zawroty głowy lub omdlenia			126 Zaburzenia snu / zespół bezdechu nocnego			173 Padaczka		
105 Astma, choroba płuc			116 Utrata przytomności z jakiegokolwiek powodu.			127 Schorzenie/zaburzenie mięśniowo-szkieletowe			174 Choroba psychiczna		
106 Problem sercowy lub naczyniowy			117 Zaburzenia neurologiczne, udar, padaczka, drgawki, paraliż, itp.			128 Inna choroba lub obrażenia			175 Cukrzyca		
107 Wysokie lub niskie ciśnienie tętnicze			118 Problemy psychologiczne / psychiatryczne dowolnego rodzaju			129 Przyjęcie do szpitala			176 Gruźlica		
108 Kamienie nerkowe lub krew w moczu			119 Nadużywanie alkoholu / narkotyków / innych substancji			130 Wizyta lekarska od czasu ostatniego badania lekarskiego			177 Alergia / astma / wyprysk		
109 Cukrzyca, zaburzenia hormonalne			120 Próba samobójcza			131 Odmowa ubezpieczenia na życie			178 Choroby dziedziczne		
110 Problemy żołądkowe, wątrobowe lub jelitowe			121 Schorzenia ruchowe wymagające przyjmowania leków			132 Odmowa wydania licencji lotniczej			179 Jaskra		
						133 Wydalenie lub odmowa przyjęcia do służby wojskowej z powodów medycznych			**Dotyczy tylko kobiet:**		
111 Głuchota, zaburzenia słuchu			122 Anemia/anemia sierpowata/inne zaburzenia krwi			134 Przyznanie renty lub odszkodowania za obrażenia lub chorobę			150 Problemy ginekologiczne, menstruacyjne		
									151 Czy jest Pani w ciąży?		

(30) **Uwagi**: W przypadku uprzedniego zgłoszenia i braku zmian od tego czasu, potwierdzić.

(31) **Oświadczenie**: Niniejszym oświadczam, że z uwagą zapoznałem(am) się z powyższymi stwierdzeniami oraz że, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, są one pełne i poprawne oraz że nie zataiłem(am) żadnej istotnej informacji i nie umieściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, iż w przypadku umieszczenia mylącego stwierdzenia w związku z niniejszym wnioskiem lub nieprzedstawienia istotnych informacji medycznych, władza uprawniona do licencjonowania może odmówić wydania orzeczenia lotniczo-lekarskiego lub może cofnąć wszystkie wydane orzeczenia lotniczo-lekarskie niezależnie od wszystkich innych działań mających zastosowanie zgodnie z prawem krajowym.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNEJ: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w niniejszym sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania, uznając, iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia badań medycznych oraz będą stanowić własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu, że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.

| --- | --- | --- |
| Data | Podpis kandydata | Podpis AME/(GMP) (asesora medycznego) |