



(pieczęć/logo przyjmującego wniosek)
(stamp/logo of the receiver)

URZĄD LOTNICTWA CYWILNEGO
CIVIL AVIATION AUTHORITY OF POLAND

FORMULARZ SAMOOCENY STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO
(przedłużenie, wznowienie, badanie okolicznościowe)
Mental health assesment (revalidation, renewal, due to special occasion)

(1) Państwo wydania licencji: State of licence issue:	(2) Wnioskowane orzeczenie: Klasa 1 ☐ Klasa 2 ☐ Klasa 3 ☐ LAPL ☐ Medical certificate applied for: Class 1 ☐ Class 2 ☐ Class 3 ☐ LAPL ☐	
(3) Nazwisko: Surname:	(5) Imię/Imiona: Forenames:	(4) Data urodzenia (dd/mm/rrrr): Date of birth (dd/mm/yyyy):

Wywiad dotyczący samooceny stanu zdrowia psychicznego: Czy obecnie lub kiedykolwiek przechodziła Pani/Pan którekolwiek z niżej wymienionych dolegliwości/chorób/stanów psychicznych/obciążeń? Jeśli tak, proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią kratkę i opisać szczegóły w rubryce (15).
Have you currently or have you ever experienced any of the following ailments / diseases / mental conditions / burdens? If so, please mark the appropriate box with a cross and describe the details in box (15).

CZY W OKRESIE OD OSTATNIEGO BADANIA LOTNICZO-LEKARSKIEGO: <i>IN THE PERIOD FROM THE LAST AERO-MEDICAL EXAMINATION:</i>	TAK <i>YES</i>	NIE <i>NO</i>	NIE WIEM <i>I DON'T KNOW</i>
1. byłeś/-aś narażony/-a na większe niż zwykle obciążenie pracą lub stres w pracy? <i>have you been exposed to greater than normal workload or stress at work?</i>			
2. miałeś/-aś jakiegokolwiek istotne problemy i sytuacje stresowe w relacjach rodzinnych lub życiu prywatnym? <i>have you experienced any significant problems and/or stressful situations in family relationships or private life?</i>			
3. utraciłeś/-aś prawo jazdy lub inne uprawnienia? <i>have you lost your driving license or other licenses?</i>			
4. byłeś/-aś w stanie bezpośredniego zagrożenia życia? <i>were you in an immediate life-threatening situation?</i>			
5. miałeś/-aś problemy z pamięcią lub koncentracją podczas wykonywania obowiązków zawodowych lub w codziennych czynnościach (prowadzenie samochodu, czytanie gazet, rozmowa)? <i>have you experienced problems with memory or concentration while performing professional duties or in everyday activities (driving, reading newspapers, talking)?</i>			
6. miałeś/-aś problemy ze strony układu trawiennego (biegunki, zaparcia, bóle brzucha, brak apetytu lub objadanie się)? <i>have you had digestive problems (diarrhea, constipation, abdominal pain, lack of appetite or binge eating)?</i>			
7. miałeś/-aś stany przygnębienia lub poczucie braku nadziei bez uchwytnej przyczyny? <i>have you been depressed or hopeless for no apparent reason?</i>			
8. miałeś/-aś poczucie utraty zainteresowania rzeczami, które kiedyś były ważne? <i>did you lost interest in things that were once important?</i>			
9. czułeś/-aś się zmęczony/-a i pozbawiony energii? <i>have you felt tired and depleted of energy?</i>			
10. miałeś/-aś problem z zaśnięciem lub wybudzeniem się w nocy? <i>did you have a problem with falling asleep or waking up at night?</i>			
11. w jakiegokolwiek sytuacji uważałeś/-aś że lepiej byłoby gdybyś nie żył/-a? <i>did you feel that it would be better if you were dead in whatever situation?</i>			
12. miałeś/-aś jakiegokolwiek problemy z pracodawcą, kolegami lub przełożonymi? <i>have you had any problems with your employer, colleagues or superiors?</i>			
13. miałeś/-aś problemy z komunikacją lub konflikty podczas wykonywania obowiązków służbowych (CRM)? <i>have you had communication problems or conflicts while performing your job duties (CRM)?</i>			
14. zwracano ci uwagę że trudno zrozumieć to co mówisz? <i>have you been told that it is difficult to understand what you are saying?</i>			

(15) **Uwagi:** Jeśli odpowiedź na jedno lub więcej z powyższych pytań brzmiała **Tak**, proszę podać istotne szczegóły: Kiedy wystąpił problem lub zdarzenie?; Co (w Twojej opinii) było jego przyczyną?; Czy dziś odczuwasz jakieś skutki lub konsekwencje tego zdarzenia lub problemu?
Explanations: If the answer to one or more of the above questions was **Yes**, please provide relevant details: When did the problem or incident occur? What (in your opinion) was the cause of it ?; Do you feel any effects or consequences of this event or problem today?

(16) **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 zatailem(-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 mojej władzy uprawnionej do licencjonowania, asesorowi medycznemu władzy właściwej dla mojego lekarza orzecznika medycyny lotniczej i odpowiednim pracownikom medycznym w celu przeprowadzenia oceny lotniczo-lekarskiej lub dodatkowego przeglądu, 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.

POWIADOMIENIE O UJAWNIECIU DANYCH OSOBOWYCH: Niniejszym oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) i rozumiem, że dane zawarte w moim orzeczeniu lotniczo-lekarskim zgodnie z przepisami ARA.MED.130 mogą być przechowywane elektronicznie i udostępniane mojemu lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej w celu zapewnienia informacji dotyczących historii medycznej wymaganych zgodnie z przepisami MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) oraz asesorom medycznym właściwych organów państw członkowskich w celu ułatwienia egzekwowania przepisów ARA.MED.150(c)(4).

(16) **Declaration:** I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.

CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the my licensing authority, to the medical assessor of the competent authority of my AME and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.

NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONAL DATA: I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate according to ARA.MED.130 may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) and to the medical assessors of the competent authorities of the Member States in order to facilitate the enforcement of ARA.MED.150(c)(4).

Skierowany do oceny specjalistycznej
Referral to Authorized Specialist

TAK ☐
YES

NIE ☐
NO

Data
Date

Podpis kandydata
Signature of applicant

Podpis lekarza orzecznika/asesora medycznego.....
Signature of AME/(medical assessor)