



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

(1) Państwo wydania licencji:	(2) Wnioskowane nazwisko 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/yyyy):		(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): Państwowe wydania: Narodowości:	(19) Jakiegokolwiek posiadane ograniczenia licencji/orzeczenia lotniczo-lekarskiego: ☐ Tak ☐ Nie					
(20) Czy kiedykolwiek władza uprawniona do licencjonowania odmówiła wydatku, zawiesiła lub cofnęła Panu/Pani orzeczenie lotniczo-lekarskie? ☐ Nie ☐ Tak Data: Kraj: Szczegółowe informacje:	(21) Nalot całkowity godz.: :				(22) Nalot od czasu ostatniego badania: godz.: :	
	(23) Klasa/typ obecnie pilotowanego statku powietrzego:					
(24) Jakiś 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
(29) Czy pali Pan/Pani tytoń? ☐ Nie, nigdy ☐ Nie, data zaprzestania: ☐ Tak, podać rodzaj i ilość:	(27) Czy pije Pan/Pani alkohol: ☐ Nie ☐ Tak, 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).

TAK			NIE			TAK			NIE			TAK			NIE			WYWIAD RODZINNY			TAK			NIE					
101 Problemy ze wzrokiem/operacja oczu						112 Nos, gardło lub zaburzenia mowy						123 Malaria lub inne choroby tropikalne						170 Choroby serca											
102 Kiedykolwiek noszone okulary/soczewki kontaktowe						113 Obrażenia głowy lub wstrząśnienie 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 Choroby przenoszone 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 lub samobójstwo											
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 lub samookaleczenie						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											
																		Dotyczy tylko kobiet:											
																		150 Problemy ginekologiczne, menstruacyjne											
																		151 Czy jest Pani w ciąży?											
111 Głuchota, zaburzenia słuchu						122 Anemia/anemia sierpowata/inne zaburzenia krwi						134 Przyznanie renty lub odszkodowania za obrażenia lub chorobę																	

(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 zatailem/am żadnej istotnej informacji i nie umieszcilem/am żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, iż w przypadku umieszczenia mijącego stwierdzenia w związku z niezłaznym wnioskiem dla 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 UDOSTĘPIENIE INFORMACJI MEDYCZNEJ: Niniejszym upoważnam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w niniejszym sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi/orteznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycyny móglwy uprawnionego do licencjonowania, asesorowi medycyny władzy właściwej dla mojego lekarza orteznika medycyny lotniczej i odpowiednim pracownikom medycyny 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 stanowił 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 UJAWNIENIU 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 orteznikowi medycyny lotniczej w celu zapewnienia informacji dotyczących historii medycznej wymaganych zgodnie z przepisami MED.A.035(b)(2)(i)(iii) oraz asesorom medycyny właściwych organów państw członkowskich w celu ułatwienia egzekwowania przepisów ARA.MED.150(c)(4).

Data

Podpis kandydata

Podpis AME / (GMP) (asosora medycyny)

Uwagi do wywiadu ogólnego i medycznego

(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 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 UJAWNIENIU 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).

Data

Podpis kandydata

Podpis AME/(GMP) (asesora medycznego)