

ANSÖKNINGSBLANKETT FÖR MEDICINSKT INTYG

Fyll i denna sida fullständigt. Textal- För detaljer se instruktioner.

Sverige

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska beaktas

(1) 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"/> LAPL <input type="checkbox"/> Klass 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Annan	
(3) Efternamn:		(4) Tidigare efternamn:	
(5) Förnamn:		(6) Födelsdatum (dd/mm/åååå): (7) Kön: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	
(8) Ort och födelseland:		(9) Nationalitet:	
(10) Stadigvarande adress: Land: Telefonnummer: Mobilnummer: E-post:		(11) Postadress (om annan än den stadigvarande): Land: Telefonnummer:	
(18) Certifikat som innehas (typ):		Certifikatnummer: Utfärdande stat:	
(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: Stat: Detaljer:		(12) Ansökan: <input type="checkbox"/> Första utfärdande <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse (13) System referensnummer: (14) Typ av certifikat som önskas: (15) Sysselsättning (huvudsaklig): (16) Arbetsgivare: (17) Senaste ansökan om medicinskt intyg: Datum: Ort: (19) Några begränsningar på certifikatet/det medicinska intyget: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Detaljer:	
(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:		(21) Totalt antal flygtimmar: (22) Antal flygtimmar efter den senaste flygläkarundersökningen:	
(27) Dricker du Alkohol? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ja, genomsnittligt veckointag:		(23) Klass/typ av luftfartyg som Du för närvarande flyger: (25) Typ av flygning som avses: (26) Flygverksamhet för närvarande: <input type="checkbox"/> Enpilot <input type="checkbox"/> Flerpilot	
(29) Röker Du? <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Nej, slutat röka år: <input type="checkbox"/> Ja, ange typ och mängd:		(28) Brukar Du för närvarande någon medicin? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ange läkemedel, dosering, datum då medicineringen startade och anledning:	

Allmän och medicinsk bakgrund: Har du, eller har du haft, något av 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.

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

(30) Anmärkningar:

Om tidigare meddelad och ingen förändring har ägt rum, ange detta Ja Nej

(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 kan vägra att bevilja mig ett medicinskt intyg eller återkalla ett redan beviljat medicinskt intyg, om jag har lämnat några felaktiga eller vilseledande uppgifter i samband med denna ansökan eller om jag inte kommer in med begärda kompletteringshandlingar.

SAMTYCKE TILL UTLÄMNANDE AV MEDICINSK INFORMATION: Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till flygläkaren och den medicinske utvärderaren vid den certifikatutfärdandemyndigheten och jag godkänner att dessa dokument eller annan elektronisk lagrad information får användas som underlag för medicinsk bedömning och behållas av denna myndighet, förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till dem enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Datum	Sökandens underskrift	Undersökande läkares underskrift
-------	-----------------------	----------------------------------