

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):		19. Några begränsningar av certifikatet/det medicinska intyget: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Detaljer:	
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:		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		<b>Endast för kvinnor</b>	
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?		<b>Sjukdomar i släkten</b>	
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

# PROTOKOLL JÄMTE UTLÅTANDE ÖVER ALLMÄN LÄKARUNDERSÖKNING

201. Undersökningar <input type="checkbox"/> Första <input type="checkbox"/> Förnyelse/Förlängning <input type="checkbox"/> Special	202. Längd  cm	203. Vikt  kg	204. Ögonfärg	205. Hårfärg	206. Blodtryck/sittande Systoliskt      Diastoliskt	207. Vilopuls Frekvens      Ryttn
--	----------------------	---------------------	---------------	--------------	--	--------------------------------------

## Klinisk undersökning Fyll i varje moment

	Normalt	Anm		Normalt	Anm
208. Huvud, ansikte och hals			218. Buk, bräckportar		
209. Mun, svalg, tänder			219. Anus, rektum		
210. Näsa, bihålor			220. Urinvägar och könsorgan		
211. Öron, trumhinnor och rörlighet			221. Endokrina organ		
212. Ögonen yttre, synfält			222. Extremiteter och leder		
213. Pupiller och ögonbotten			223. Rygggrad, övrigt muskuloskeletalt		
214. Ögonens ställning och rörelser			224. Nervstatus grovt prövat, reflexer		
215. Lungor, bröstorg, bröst			225. Psyke		
216. Hjärta			226. Hud, ärr, lymfkörtlar		
217. Perifera kärl			227. Allmänt kroppsligt		

228. Anmärkningar (beskriv varje onormalt fynd och ange respektive nummer för varje anmärkning)

## Synskärpa

229. Långt håll 5 eller 6 meter      Kontakt-  
Glasögon      lins

Hö öga	okorr.		med korrektion		
Vä öga	okorr.		med korrektion		
Binokulärt	okorr.		med korrektion		

230. Mellanavstånd      Utan korrektion      Med korrektion

Kan läsa N14 på 100 cm      Ja      Nej      Ja      Nej

Hö öga				
Vä öga				
Binokulärt				

231. Nära håll      Utan korrektion      Med korrektion

Kan läsa N5 på 30-50 cm      Ja      Nej      Ja      Nej

Hö öga				
Vä öga				
Binokulärt				

232. Glasögon      233. Kontaktlinser

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Typ:	Typ:
Refraktion	Sfärisk    Cylinder    Axel    Nära (add)
Hö öga	
Vä öga	

## 246. Färgsinne

Pseudo-isokromatiska tavlor Typ:

Antal tavlor:      Antal fel:

## 234. Hörsel (när 241 ej utförts)

Konversation på 2 m avstånd med ryggen mot undersökaren	Hö öra <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vä öra <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Audiogram				
Hz	500	1000	2000	3000
Höger				
Vänster				

## 236. Lungfunktion

Peak Expiratory Flow      l/min      g/dl

Normal     Anm       Normal     Anm

## 235. Urinprov      Normalt    Anmärkning

Socker	Äggvita	Blod	Annat
--------	---------	------	-------

## Kompletterande undersökningar

	Ej utfört	Normalt	Anm
238. EKG			
239. Audiogram			
240. Specialundersökning ögon			
241. Specialundersökning ÖNH			
242. Röntgen hjärta/lungor			
243. Blodfetter			
244. Lungfunktionen			
245. EEG			
Annat (bilaga )			

## 247. Flygläkares bedömning/rekommendation

Sökandes namn:      Födelsedatum:

.....

Godkänd klass .....

Medicinskt intyg utfärdat av undertecknad (kopia bifogas) klass .....

Ej godkänd klass ..... (JAR-FCL .....

Översänd för ytterligare bedömning. Om så är fallet, till vem och av vilken orsak

## 248. Kommentarer, begränsningar, villkor

## 249. Leg. Läkarens intygande:

Härmed intygas att jag/vår flygläkargrupp personligen har undersökt ovan namngiven sökande och att detta utlåtande jämte eventuella bilagor fullständigt och korrekt innefattar mina undersökningsresultat.

250. Undersökningsdatum:	Leg. Läkarens namn och adress	Flygläkares stämpel inkl. nummer
Leg. Läkarens underskrift		

## Myndighetens anteckningar

Beslutsdatum	Exp.-datum	Beslut	Sign	Avgift
--------------	------------	--------	------	--------