

TISKOPIS ŽÁDOSTI O LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Vypĺíte tuto stránku úplně a velkými tiskacími písmeny - v detailnostech se řiďte návodem.

ČESKÁ REPUBLIKA

VÁZANO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM

(1) Žádost ke státu JAA:		(2) Požadovaná třída lékařského posudku 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	
(3) Příjmení:		(4) Dřívější příjmení:	
(5) Křestní jméno:		(6) Datum narození:	
		(7) Pohlaví Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	
(8) Místo a země narození:		(9) Státní příslušnost:	
(10) Trvalé bydliště: Země: Telefonní číslo:		(11) Poštovní adresa (pokud se liší): Země: Telefonní číslo:	
		(12) Žádost Vstupní <input type="checkbox"/> Obnovení / Prodloužení <input type="checkbox"/>	
		(13) Registrační číslo:	
		(14) Typ požadovaného průkazu způsobilosti:	
		(15) Povolání (hlavni):	
		(16) Zaměstnavatel:	
		(17) Poslední žádost o lékařský posudek Datum: Místo:	
(18) Průkaz způsobilosti LP (typ): Číslo průkazu: Země vydání:		(19) Jakékoli podmínky/ omezení/ odchyly v průkazu způsobilosti/ lékařském posudku Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Podrobnosti:	
(20) Byl Vám někdy lékařský posudek odmítnut, pozastaven nebo zrušen kteroukoli oprávněnou osobou? Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Datum: Země: Podrobnosti:		(21) Celkový počet letových hodin:	
		(22) Počet letových hodin od poslední lékařské prohlídky:	
		(23) V současnosti létám na:	
(24) Nějaká letecká nehoda/ incident od posledního lékařského vyšetření? Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Datum: Místo: Podrobnosti:		(25) O jaký druh létání žádáte?	
		(26) V současnosti létám jako: Jediný pilot <input type="checkbox"/> ve vícepilotní posádce <input type="checkbox"/>	
(27) Kouříte? Nikdy <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Datum skončení: Ano <input type="checkbox"/> uveďte druh kuřiva a množství:		(28) Užíváte v současnosti nějaké léky? Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Uveďte lék, dávku, datum počátku léčby a důvod:	
(29) Alkohol - uveďte průměrný týdenní příjem:			

Celková a lékařská anamnéza: Prodělal(a) jste někdy něco z níže uvedeného? ANO nebo NE musí být zaškrtnuto po každé otázce. Kladné odpovědi rozveďte v oddílu Poznámky.

	Ano		Ne		Ano		Ne		Rodinná anamnéza:		Ano		Ne	
101 Oční potíže/ oční operace					114 Časté nebo těžké bolesti hlavy					126 Přijetí do nemocnice				
102 Brýle a/nebo kontaktní čočky někdy nošené					115 Závratě nebo záchvaty mdlob					127 Jiná vyšetření krve/ poruchy				
					116 Bezvědomí z jakékoli příčiny					128 Jiné nemoci nebo poranění				
103 Změna předpisu brýlí od posledního lékařského vyšetření					117 Neurologické poruchy: epilepsie, křeče, obrny atd.					129 Návštěva u praktického lékaře od posledního lékařského vyšetření				
104 Alergie nebo senná rýma					118 Duševní poruchy jakéhokoli druhu: deprese, úzkost atd.					130 Zamítnutí životní pojistky				
105 Astma nebo plicní nemoc					119 Léčení alkoholismu/ drogové závislosti látek/ abusus omam. a psychotropních látek					131 Zamítnutí pilotní licence				
106 Srdeční nebo cévní potíže					120 Sebevražedný pokus					132 Odsouzení pro občanský dopravní přestupek/ trestný čin				
107 Vysoký nebo nízký krevní tlak					121 Nemoc z pohybu vyžadující léčení					133 Vyřazení z vojenské služby ze zdravotních důvodů				
108 Ledvinový kámen nebo krev v moči					122 Malárie nebo jiné tropické nemoci					134 Přiznání důchodu nebo náhrady po poranění nebo nemoci				
109 Cukr nebo bílkovina v moči					123 Anemie/ srpkovitost červených krvinek									
110 Žaludeční potíže					124 Pozitivní test HIV									
111 Nedoslýchavost nebo ušní poruchy					125 Pohlavně přenosné onemocnění									
112 Poruchy nosu, krku a řeči														
113 Poranění hlavy nebo otřes mozku														

(30) **Poznámky:** Pokud byly uvedeny již dříve a nedošlo ke změně, poznamenejte to

(31) **Prohlášení:** Prohlašuji tímto, že jsem pečlivě zvážil výše uvedené odpovědi a že jsou podle mého nejlepšího přesvědčení úplné a správné a že jsem nezatajil žádnou důležitou informaci nebo neuvedl žádný zavádějící údaj. Jsem si vědom, že pokud bych uvedl jakýkoli nepravdivý nebo zavádějící údaj související s touto žádostí, nebo nedal souhlas k poskytnutí doplňujících lékařských informací, může mi Úřad odmítnout vydat lékařský posudek o zdravotní způsobilosti nebo mi může odebrat kterýkoli již vystavený lékařský posudek o zdravotní způsobilosti, aniž by tím byla dotčena další opatření, vyplývající z národních právních předpisů. **SOUHLAS S POSKYTNUTÍM LÉKAŘSKÉ INFORMACE:** Tímto dávám souhlas k poskytnutí všech informací, obsažených v této zprávě a kterémkoli nebo všech doplňcích, určenému leteckému lékaři, Úřadu a v případě potřeby Letecké lékařské inspekci jiného státu, s vědomím, že tyto dokumenty, nebo jiné, elektronicky uchované údaje budou použity pro vyhotovení lékařského posudku a zůstanou majetkem Úřadu, za předpokladu, že já nebo můj lékař k nim budeme mít přístup v souladu s platnou právní úpravou. Za všech okolností bude dodržováno lékařské tajemství.

Datum

Podpis žadatele

Podpis určeného lékaře (svědka)

ZPRÁVA O LÉKAŘSKÉM VYŠETŘENÍ

VÁZANO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM

(201) Vyšetření kategorie Vstupní <input type="checkbox"/> Obn./prodl. <input type="checkbox"/> Rozšířené <input type="checkbox"/>	(202) Výška cm	(203) Váha kg	(204) Barva očí	(205) Barva vlasů	(206) Krevní tlak - vsedě		(207) Tepová frekvence - v klidu	
					Systolický	Diastolický	Počet	Rytmus

Klinické vyšetření: Zaškrtněte každou položku

		Normální	Abnormální			Normální	Abnormální
(208) Hlava, obličej, krk, vlasatá část				(218) Břicho, kýla, játra, slezina			
(209) Ústa, hltan, zuby				(219) Řiť, konečník			
(210) Nos, vedlejší nosní dutiny				(220) Močová a pohlavní soustava			
(211) Uši, bubínky, pohyblivost bubínků				(221) Endokrinní soustava			
(212) Oči - očníce & adnexa; zorná pole				(222) Horní a dolní končetiny; klouby			
(213) Oči - zornice a oční pozadí				(223) Páteř, ostatní části sval. a kosterní soustavy			
(214) Oči - pohyblivost očí; nystagmus				(224) Neurologicky – reflexy atd.			
(215) Plíce, hrudník, prsy				(225) Psychiatricky			
(216) Srdece				(226) Kůže, identifikační znaky a uzliny			
(217) Cévní soustava				(227) Organismus celkově			
(228) Poznámky: Popište každý abnormální nález. Uveďte příslušnou číselnou položku před každou poznámkou.							

Zraková ostrost

(229) Vidění do dálky na 5m / 6m Brýle Kontakt.čochky

Pravé oko	Korekce na			
Levé oko	Korekce na			
Obě oči	Korekce na			

(230) Vidění na střední vzdálenost

	Nekorigované		Korigované	
	Ano	Ne	Ano	Ne
N14 na 100 cm				
Pravé oko				
Levé oko				
Obě oči				

(231) Vidění do blízka

	Nekorigované		Korigované	
	Ano	Ne	Ano	Ne
N5 na 30 - 50 cm				
Pravé oko				
Levé oko				
Obě oči				

(232) Brýle

Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	(232) Kontaktní čochky: Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Druh: _____	

(234) Sluch

Hovorová řeč na 2m, obrácené zády k vyšetřujícím	Pravé ucho	Levé ucho
	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

(235) Rozbor moči

Normální <input type="checkbox"/>			
Abnormální <input type="checkbox"/>			
Cukr	Bílkovina	Krev	Ostatní

(248) Poznámky, zákazy, omezení:

(249) Prohlášení určeného leteckého lékaře:

Potvrzuji tímto, že žadatel, jmenovitě uvedený v této zprávě o lékařském vyšetření, byl mnou/mou skupinou AME osobně vyšetřen a že tato zpráva s připojenými doplňky obsahuje úplné a správné nálezy.

(250) Místo a datum:	Jméno a adresa lékaře (velkými tiskacími písmeny)	Razítko AME s číslem AME:
Podpis určeného leteckého lékaře:	Telefonní číslo: Faxové číslo:	

(236) Plicní funkce

Vrcholový výdechový průtok l/min	g/dl
Normální <input type="checkbox"/> Abnormální <input type="checkbox"/>	Normální <input type="checkbox"/> Abnormální <input type="checkbox"/>

(237) Hemoglobin

Doprovodné zprávy	Neprovedeno	Normální	Abnormální
(238) EKG			
(239) Audiogram			
(240) Oftalmologické vyšetření			
(241) ORL vyšetření			
(242) Rtg Hrudníku			
(243) Lipidogram			
(244) Plicní funkce			
(245) EEG			
(246) Ostatní (číslo)			

(247) Doporučení určeného leteckého lékaře:

Jméno žadatele: _____

Schopen pro třídu _____

Vydán lékařský posudek o zdravotní způsobilosti třídy _____

Neschopen pro třídu ----- (JAAR-FCL čl. _____)

Odesláno k dalšímu posouzení. Pokud ano, proč a komu?