

Var god texta. Se Separat anvisning.

KONFIDENTIELL

(1) Certifikatutfärdande stat:	(2) Klass av medicinskt intyg som ansökan gäller:	<input type="checkbox"/> Klass 1 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Kabinbesättning <input type="checkbox"/> Klass 2 <input type="checkbox"/> Klass 3
(3) Efternamn	(4) Tidigare efternamn	(12) Ansökan <input type="checkbox"/> Förstagångs <input type="checkbox"/> Förmyle/Förlängning
(5) Förnamn	(6) Personbeteckning	(7) Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
(8) Födelseort	(9) Nationalitet	(14) Typ av certifikat som söks
(10) Stadigvarande adress	(11) Postadress (om annan än den stadigvarande adressen)	(15) Sysselsättning (huvudsaklig)
Land: _____	Land: _____	(16) Arbetsgivare
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____	(17) Senaste ansökan om medicinskt intyg
E-post: _____		Datum: _____
(18) Flygcertifikat som innehas (typ):	Certifikatnummer	Utfärdat i (land):
		(19) Några villkor/begränsningar/avvikelser gällande 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. Detaljer: _____	(21) Totalt antal flygtimmar:	(22) Flygtimmar efter senaste läkarundersökning
Datum: _____ Land: _____	(23) Luftfartyg som du för närvarande flyger:	
(24) Har du sedan den senaste läkarundersökningen varit inblandad i någon olycka/incident med luftfartyg? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Detaljer: _____	(25) Typ av flygning som avses Ifall frågan är om förvärsflyg med enpilotsbesättning ange om <input type="checkbox"/> betalande <input type="checkbox"/> inga betalande <input type="checkbox"/> passagerare <input type="checkbox"/> passagerare	
Datum: _____ Ort: _____	(26) Flygverksamhet för närvarande <input type="checkbox"/> Enpilot <input type="checkbox"/> Flerpilot	
(27) Alkohol - ange genomsnittligt veckointag:	ATCO samhet för närvarande: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS	
(28) Brukar du för närvarande någon medicin? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ange läkemedel, dosering, datum då medicineringsstartade och anledning:	(29) Röker du? <input type="checkbox"/> Nej <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.

	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
101 Ögonbesvär/Ögonoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 Neurologiska rubbningar; Stroke, epilepsi, krampor, förlamningar, etc.	<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"/>
102 Har du burit glasögon eller kontaktlinser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118 Psykiska rubbningar av något slag: Depression, ångest etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134 Har du tilldelats pension eller skadeersättning efter skada eller sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 Har receptet för glasögon eller kontaktlinser ändrats sedan den senaste läkarundersökningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119 Missbruk av alkohol, droger eller andra psykoaktiva substanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endast för kvinnor:		
104 Allergi eller hönsnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120 Självmedicinsk behandling eller självskadebeteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150 Gynekologiska besvär, menstruationsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 Astma eller lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121 Åksjuka som kräver mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151 Är du gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 Hjärt- eller kärlbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122 Blodbrist, sicklecellsanemi eller andra blodsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjukdomar i släkten:		
107 Högt eller lågt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123 Malaria eller annan tropisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170 Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 Njursten eller blod i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124 Ett positivt HIV-test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171 Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109 Sockersjuka, hormonrubbningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125 Någon sexuellt överförd sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172 Höga kolesterolvärden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110 Besvär från magtarmkanalen eller lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126 Sömnstörning/sömnbrist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173 Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111 Hörselnedsättning eller öronsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127 Muskuloskeletal sjukdom/nedsatt funktionsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174 Psykisk sjukdom eller självmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112 Näs- eller halsbesvär, talrubbningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128 Annan sjukdom eller skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113 Skallskada eller hjärmskavning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129 Intagning på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176 Tuberkulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 Ofta förekommande eller svår huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130 Besök hos legitimerad läkare sedan den senaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177 Allergi, astma eller eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115 Yrsel- eller svimningsanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131 Nekat livsförsäkring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178 Årftliga sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116 Medvetlöshet av någon anledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132 Nekat flygcertifikat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179 Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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 vilselädande uppgifter. Jag är införstådd med att myndigheten, om jag har lämnat några felaktiga eller vilselädande 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. SÄMTYCKE TILL UTLÄMNANDE AV MEDICINSK INFORMATION: Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till den medicinska bedömare vid min certifikatutfärdande myndighet, den medicinska bedömaren vid min flygläkarens behöriga myndighet samt till andra relevanta yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för att utföra en flygmedicinsk undersökning eller göra en omprövning eller eventuell annan elektroniskt 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 konfidentiellt. MEDDELANDE OM UTLÄMNANDE AV PERSONUPPGIFTER: Jag intygar härmed att jag har underrettats om och förstått att uppgifterna i mitt medicinska intyg enligt punkt ARA.MED.130 kan lagras elektroniskt och lämnas ut till min flygläkare för att tillhandahålla de bakgrundsuppgifter som avses i punkt MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii). Uppgifterna i mitt medicinska intyg kan även lämnas ut till medicinska bedömare vid behöriga myndigheter i medlemsstaterna för att underlätta verkställandet av punkt ARA.MED.150(c)(4).

Datum

Sökandens underskrift

AME:s/företagsläkarens/AMS:s underskrift

Anvisningar för ifyllande av ansökningsblanketten för medicinskt intyg

Denna ansökningsblankett samt alla bifogade rapportblanketter och rapporter ska skickas till luftfartsmyndigheten (AMS). Medicinsk information behandlas konfidentiellt.

Sökanden ska personligen fylla i samtliga rutor på ansökningsblanketten. Fyll i blanketten på skärm och skriv den ut i tre kopior. Efter utskrift töm blanketten. Om ytterligare utrymme krävs för att besvara några frågor, skall detta göras på ett bifogat papper där informationen och även datum och din signatur skall finnas med. Följande numrerade anvisningar motsvarar de numrerade rubrikerna på ansökningsblanketten.

OBS: Om ansökningsblanketten inte är fullständigt ifylld eller om den är oläslig kommer ansökningen inte att godtas. Oriktiga eller missledande uppgifter eller utelämnande av relevant information vad avser denna ansökan kan leda till att ansökan avslås, ett redan utfärdat medicinskt intyg återkallas eller åtal för brott väcks.

1. Certifikatutfärdande stat:

Uppge det land som denna ansökan skall ställas till.

2. Klass av medicinskt intyg som ansökan gäller:

Sätt kryss i lämplig ruta.

Klass 1: Trafikflygare

Klass 2: Privatflygare

LAPL

Klass 3: Flygledare och AFIS-personal

Klass 4: Nationell - ultralättflygare, autogiroflygare

Kabinbesättningsmedlem

3. Efternamn:

Ange gällande efternamn.

4. Tidigare efternamn:

Ange eventuellt tidigare efternamn.

5. Förnamn:

Uppge alla förnamn (högst tre).

6. Personbeteckning:

Ange dag (DD), månad (MM) och år (ÅÅ) med nummer plus slutsignum (XXXX), t.ex. 220850-001A.

7. Kön:

Sätt kryss i lämplig ruta.

8. Födelseort och födelseland:

Ange ort och land där du är född.

9. Nationalitet:

Namnet på det land där du har medborgarskap.

10. Stadigvarande adress:

Ange din permanenta postadress och boningsstat. Ange också riktnummer i samband med ditt telefonnummer.

11. Postadress:

Om din postadress är annan än den stadigvarande adressen, ange den fullständiga nuvarande postadressen samt telefonnummer med riktnummer. Ifall adressen är densamma, skriv 'SAMMA'.

12. Ansökan

Sätt kryss i lämplig ruta.

14. Typ av certifikat som söks:

ATPL - trafikflygarcertifikat

MPL - flerpilotscertifikat

CPL/IR - förvärvsflygarcertifikat / instrumentbehörighet

CPL - förvärvsflygarcertifikat

PPL/IR - privatflygarcertifikat / instrumentbehörighet

PPL - privatflygarcertifikat

SPL - segelflygarcertifikat

BPL - ballongflygarcertifikat

LAPL - flygcertifikat för lätta luftfartyg (flygplan/helikopter/båda)

Annat - vilket?

15. Sysselsättning (huvudsaklig):

Ange din huvudtjänst.

16. Arbetsgivare:

Gäller endast heltidsanställda piloter. De som arbetar för annan skall ange arbetsgivarens namn, självständiga yrkesutövare skriver 'SJÄLV'.

17. Senaste ansökan om medicinskt intyg:

Ange när (dag, månad, år) och var (ort, land) du har senast ansökt om medicinskt intyg. Förstagångssökande antecknar ett streck (-).

18. Flygcertifikat som innehas (typ):

Uppge vilket certifikat som innehas såsom under punkt 14.

Fyll i certifikatnummer och utfärdande stat för varje certifikat.

Om inget certifikat innehas anteckna ett streck (-).

19. Några villkor/begränsningar/avvikelser i certifikatet/det medicinska intyget?

Sätt kryss i lämplig ruta och ange eventuella villkor/begränsningar/avvikelser i ditt/dina certifikat/medicinska intyg, exempelvis syn, färgseende, säkerhetspilot etc.

20. Förnekande eller återkallelse av medicinskt intyg

Sätt kryss i 'Ja'-rutan om din ansökan någonsin har avslagits eller ditt medicinska intyg återkallats även tillfälligt. Med ett Ja-svar skall också datum (DD/MM/ÅÅÅÅ) och landet där förnekanden eller återkallelsen inträffade anges.

21. Totalt antal flygtimmar:

Det totala antalet flygtimmar.

22. Antalet flygtimmar efter den senaste läkarundersökningen:

Antalet timmar du har flugit efter senaste läkarundersökning.

23. Luftfartyg som flygs för närvarande:

Uppge de luftfartyg som du huvudsakligen flyger för närvarande.

24. Flygolycka / tillbud

Om "Ja"-rutan kryssas för i skall datum (dag, månad och år) samt landet där händelsen inträffade anges.

25. Typ av flygning som avses:

T.ex. linjefart, charter, jordbruksflyg, sportflyg etc. Om du utför förvärvsflyg med enpilotsbesättning, ange också om du transporterar betalande passagerare.

26. Flygverksamhet för närvarande:

Sätt kryss i lämplig ruta beroende på om du verkar som enda pilot eller inte.

27. Alkohol

Ange genomsnittligt veckointag, t.ex. 2 liter öl.

28. Brukar du för närvarande någon medicin?

Om "Ja" ge fullständiga uppgifter - namn, hur mycket som intas och, när, etc. Ange även receptfri medicin.

29. Röker du?

Sätt kryss i lämplig ruta. Om du fortfarande röker, ange också tobakstyp (cigarett, cigarrer, pipotobak) och mängd (t.ex. 2 cigarrer dagligen; pipa - 30 g per vecka).

ALLMÄN OCH MEDICINSK BAKGRUND

Samtliga frågor under punkterna 101 - 179 måste besvaras genom att sätta ett kryss i rutan 'Ja' eller 'Nej'. Svaret 'Ja' om du någonsin haft de besvär/åkommor som nämns och ge en beskrivning samt ungefärligt datum i anmärkningsrutan (30). Samtliga frågor är medicinskt viktiga även om detta inte framkommer omedelbart. Punkterna 170 till 179 är relaterade till din familjs medicinska bakgrund medan 150 - 151 skall besvaras av kvinnliga sökande. Om information har inrapporterats på en tidigare ansökningsblankett och det inte har skett några förändringar i din medicinska situation så kan du uppges 'Tidigare inrapporterat, inga förändringar'. Du måste dock ändå kryssa för 'Ja' i aktuell ruta. Inrapportera inte tillfälliga vanliga sjukdomar såsom förkylning.

31. Försäkran och medgivande till att inskaffa och utlämna information:

Signera eller datera inte denna försäkran förrän läkaren säger till och bestyrker din namnteckning genom sin signatur.