

UMSÓKN UM HEILBRIGÐISVOTTORÐ

Ljúkið þessari síðu – skrifið með hástöfum – Sjá leiðbeiningar á sérblaði.

TRÚNAÐARMÁL

(1) Útgáfuríki skírteinis:		(2) Flokkur heilbrigðisvottorðs sem sótt er um:		1. fl. ☐ 2. fl. ☐ LAPL ☐ 3. fl. ☐	
(5) Skírnarnöfn:		(4) Fyrri eftirnöfn (ef við á):		(12) Umsókn Fyrsta umsókn ☐ Framlenging / Endurnýjun ☐	
(3) Föðurnafn/Eftirnafn:		(6) Kennitala:	(7) Kyn: Karl ☐ Kona ☐	(13) Skírteinisnúmer:	
(8) Fæðingarstaður og land:		(9) Þjóðerni:		(14) Fyrir hvaða tegund skírteinis:	
(10) Heimilisfang: Land: Símanúmer: Farsímanúmer: E-mail:		(11) Póstfang (ef annað en heimilisfang) Land: Símanúmer:		(15) Aðalstarf: (16) Vinnuveitandi: (17) Síðasta heilbrigðisskoðun: Dags: Staður:	
(18) Tegund núverandi skírteinis/ Skírteinisnúmer: Útgáfuríki:			(19) Einhverjar takmarkanir á skírteini/heilbrigðisvottorði: Nei ☐ Já ☐ Skýring:		
(20) Hefur þér verið neitað um heilbrigðisvottorð í einhverju ríki, það fellt úr gildi um tíma eða afturkallað af flugmálayfirvöldum ? Nei ☐ Já ☐ Dags.: Ríki: Skýring:				(21) Heildar-flugtímar:	(22) Flugtímar frá síðustu skoðun:
				(23) Flokkur-/ tegund loftfars sem nú er flogið:	
(24) Hefur þú lent í flugslysum og/eða flugóhöppum frá síðustu heilbrigðisskoðun: Nei ☐ Já ☐ Dags.: Staður: Skýrið:				(25) Tegund flugs sem áætlað er að stunda: (26) Núverandi tegund flugs stundað: Einstjórnarloftfar ☐ Fjölstjórnarloftfar ☐ Núverandi ATCO starfsemi (aðeins 3. fl.): ADI ☐ APS ☐ ACS ☐	
(27) Drekkur þú áfengi? Nei ☐ Já ☐ Hversu mikið:			(28) Notar þú lyf að staðaldri? Nei ☐ Já ☐ Tilgreinið lyf, skammta, hvenær lyfjataka hófst og hvers vegna:		
(29) Reykir þú tóbak? ☐ Nei, aldrei ☐ Nei, hvenær hætt: ☐ Já, tegund tóbaks og magn:					

Sjúkra- og heilsufarssaga: Á eitthvert eftirfarandi atriða við um pig? Merkja skal JÁ eða NEI við hverja spurningu. Gefið nánari skýringar í athugasemdadálki ef JÁ.

Já Nei

Já Nei

Já Nei

Fjölskyldusaga um:

Já Nei

101 Augnmeinsemd/uppskurður á auga			112 Háls-nef-eða talvandamál			123 Malaria/annar hitabeltissjúkdómur			170 Hjartasjúkdómar		
102 Einhvern tíma notað gleraugu eða augnlinsur			113 Höfuðmeiðsl/ heilahristingur			124 Jákvaett alnæmispróf			171 Hár blóðþrýstingur		
			114 Tíður eða slæmur höfuðverkur			125 Kynsjúkdómar			172 Hækkaðar blóðfitur (kólesteról)		
103 Breyting á sjón frá síðustu skoðun			115 Svimi eða yfirliðaköst			126 Svefn truflanir/kæfisvefn			173 Flogaveiki		
			116 Meðvitundarleysi af einhverjum ástæðum			127 Sjúkdómur/skerðing í vöðva- og beinkerfi			174 Geðsjúkdómar eða sjálfsvíg		
104 Ofnæmi eða heymæði			117 Taugasjúkdómar, flogaveiki, krampar, lamanir.			128 Einhver annar sjúkdómur/meiðsl			175 Sykursýki		
105 Astmi eða lungnasjúkdómar						129 Innlagn á sjúkrahús			176 Berklar		
106 Hjarta- eða æðasjúkdómar									177 Ofnæmi / Astmi / Exem		
107 Of hár/ lágur blóðþrýstingur			118 Geðrænar truflanir af einhverjum toga			130 Læknisheimsókn frá síðustu skoðun			178 Erfðagallar		
108 Nýrnasteinar eða blóð í þvagi			119 Misnotkun áfengis, lyfja eða efna			131 Neitað um líftryggingu			179 Gláka – glákublinda		
109 Sykur eða eggjahvíta í þvagi			120 Gert tilraun til sjálfsvígs eða sjálfsskaða			132 Neitað um flugskírteini					
110 Maga-, lifrar-, eða meltingarsjúkdómar			121 Þurft lyf við ból-eða sjóveiki			133 Neitað um inngöngu í her af heilsufarsástæðum			Aðeins konur: 150 Kvensjúkdóma og tíðvandamál		
111 Heyrnarkerðing/ eyrnasjúkd.			122 Blóðleysi, sigðkornablóðleysi			134 Fengið lífeyri eða uppbót vegna meiðsla eða veikinda			151 Ert þú barnshafandi ?		

(30) Athugasemdir: Ef getið hefur verið um þær áður og engar breytingar orðið, takið það fram.

(31) Yfirlýsing: Ég undirritaður lýsi því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og gerðar samkvæmt minni bestu vitund. Ég hef ekki visvitandi leynt upplýsingum eða gefið villandi upplýsingar sem kunna að hafa áhrif á niðurstöður. Ég geri mér fulla grein fyrir því að gefi ég rangar eða villandi upplýsingar í sambandi við umsóknina, eða ónógar upplýsingar varðandi sjúkrasögu, geta flugmálayfirvöld neitað mér um eða dregið til baka heilbrigðisvottorð sem þegar hefur verið gefið út. Auk þess kunna að eiga við önnur viðurlög skv. landslögum. SAMÞYKKI TIL AÐ LÁTA Í TÉ UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR: Ég gef hér með leyfi til að allar þær upplýsingar sem eru á umsóknareyðublaðinu auk annarra gagna sem styðja þær upplýsingar, verði látnar í té fluglækni og ef nauðsyn krefur læknisfræðilegum sérfræðingi flugmálayfirvalda útgáfuríkis skírteinis míns, læknisfræðilegum sérfræðingi flugmálayfirvalda útgáfuríkis fluglæknaréttinda míns fluglæknis og viðkomandi heilbrigðisstarfsfólki í þeim tilgangi að ljúka mati eða endurmati á heilbrigði. Þessi skjöl eða upplýsingar geymdar á tölvutæku formi sem eru til stuðnings vottorðinu verða eign flugmálayfirvalda, svo fremi að ég og heimilislæknir minn hafi aðgang að þeim samkvæmt gildandi lögum. Trúnaðar verður ávallt gætt. FYRIRVARI UM VINNSLU PERSÓNUUPPLÝSINGA: Ég lýsi því yfir að mér hefur verið tilkynnt og að ég skil að upplýsingar á heilbrigðisvottorði mínu samkvæmt ARA.MED.130 geta verið vistaðar rafrænt og gerðar aðgengilegar mínum fluglækni í þeim tilgangi að sýna fram á heilsufarssögu sem skilyrt er í MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii) og fluglæknum lögbærra yfirvalda aðildarríkja til að framfylgja ARA.MED.150(c)(4). Ég samþykki, með beiðni (umsókn/eyðublaði) þessari og undirskrift minni, vinnslu og meðferð á þeim upplýsingum sem henni fylgja. Samgöngustofa mun fylgja gildandi lögum og reglum sem um meðferð slíkra upplýsinga gilda	_____ Dagsetning	_____ Undirskrift umsækjanda	_____ Undirskrift fluglæknis
---	--------------------------------	--	--

MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM FOR CLASS 1, CLASS 2 APPLICANTS & CLASS 3 APPLICANTS

MEDICAL IN CONFIDENCE

(201) Examination category Initial ☐ Revalidation ☐ Renewal ☐ Special referral ☐	(202) Height (cm)	(203) Weight (kg)	(204) Colour eye	(205) Colour hair	(206) Blood Pressure – seated (mmHg)		(207) Pulse – resting	
					Systolic	Diastolic	Rate(bpm)	Rhythm:
							regular ☐	irregular ☐

Clinical exam: Check each item		Normal	Abnormal	Normal		Abnormal
(208) Head, face, neck, scalp				(218) Abdomen, hernia, liver, spleen		
(209) Mouth, throat, teeth				(219) Anus, rectum		
(210) Nose, sinuses				(220) Genito-urinary system		
(211) Ears, drums, eardrum motility				(221) Endocrine system		
(212) Eyes – orbit & adnexa; visual fields				(222) Upper & lower limbs, joints		
(213) Eyes – pupils and optic fundi				(223) Spine, other musculoskeletal		
(214) Eyes – ocular motility; nystagmus				(224) Neurologic – reflexes, etc.		
(215) Lungs, chest, breasts				(225) Psychiatric		
(216) Heart				(226) Skin, identifying marks and lymphatics		
(217) Vascular system				(227) General systemic		
(228) Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.						

Visual acuity

(229) Distant vision at 5m /6m

	Uncorrected		Spectacles	Contact lenses
Right eye		Corr. to		
Left eye		Corr. to		
Both eyes		Corr. to		

(230) Intermediate vision	Uncorrected		Corrected	
N14 at 100 cm	Yes	No	Yes	No
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(231) Near vision	Uncorrected		Corrected	
N5 at 30-50 cm	Yes	No	Yes	No
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(232) Spectacles		(233) Contact lenses		
Yes ☐	No ☐	Yes ☐	No ☐	
Type:		Type:		
Refraction	Sph	Cyl	Axis	Add
Right eye				
Left eye				

(313) Colour perception	Normal ☐	Abnormal ☐
Pseudo-isochromatic plates	Type: Ishihara (24 plates)	
No of plates:	No of errors:	

(234) Hearing	Right ear		Left ear	
(When 239/241 not performed)				
Conventional voice test at 2 m back turned to examiner	Yes ☐	No ☐	Yes ☐	No ☐
Audiometry				
Hz	500	1000	2000	3000
Right				
Left				

(249) AME declaration:

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.		
(250) Place and date:	AME name and address:	AME certificate No.:
AME signature:	E-mail: Telephone No.: Telefax No.:	

(236) Pulmonary function

FEV ₁ /FVC %	
	_____ (unit)
Normal ☐	Abnormal ☐

(237) Haemoglobin

Normal ☐	Abnormal ☐

(235) Urinalysis

Glucose	Protein	Blood	Other

Accompanying Reports

	Not performed	Normal	Abnormal/ Comment
(238) ECG			
(239) Audiogram			
(240) Ophthalmology			
(241) ORL (ENT)			
(242) Blood lipids			
(243) Pulmonary function			
(244) Other(What?)			

(247) AME recommendation

Name of applicant	Date of birth	Reference number:
☐ Fit class _____ ☐ Medical certificate issued by undersigned (copy attached) for class: _____ ☐ Unfit class ☐ Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?		
(248) Comments, limitations:		