

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:		12. Ansökan: <input type="checkbox"/> Förstagångs <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse	
6. Födelsedatum:		7. Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	
8. Födelseland och födelseort:		13. Personnummer:	
9. Nationalitet:		14. Typ av certifikat som önskas:	
10. Stadigvarande adress:  Land: E-postadress: Telefonnummer:		11. Postadress (om annan än den stadigvarande adressen):  Land: Telefonnummer:	
15. Sysselsättning (huvudsaklig):		16. Arbetsgivare:	
17. Senaste ansökan om medicinskt intyg: Datum: Ort:		18. Flygcertifikat som innehas (typ): Certifikatnummer: Utfärdat i (land):	
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 burit glasögon eller kontaktlinser?		114. Ofta förekom. eller svår huvudvärk		125. Någon sexuellt överförd sjukdom?		150. Gynekologiska besvär, menstruationsbesvär?	
		115. Yrsel- eller svimningsanfall?		126. Intagning på sjukhus			
103. Har receptet för glasögon eller kontaktlinser ändrats sedan den senaste läkarundersökningen?		116. Medvetslöshet av någon anledning?		127. Någon annan sjukdom eller skada?		151. Är Du gravid?	
104. Allergi eller hösnuva?		117. Neurologiska rubbningar: Stroke, epilepsi, kramp, förlamningar, etc.?		128. Besök hos legitimerad läkare sedan senaste flygläkarundersökningen?		<b>Sjukdomar i släkten</b>	
105. Astma eller lungsjukdom?		118. Psykiska rubbningar av något slag: depression, ångest etc.?		129. Har Du nekats livförsäkring?		170. Hjärtsjukdom?	
106. Hjärt- eller kärlbesvär?		119. Missbruk av alkohol, droger eller andra psykoaktiva substanser?		130. Har Du nekats flygcertifikat?		171. Högt blodtryck?	
107. Högt eller lågt blodtryck?		120. Självmordsförsök?		131.		172. Höga kolesterolvärden?	
108. Njursten eller blod i urinen?		121. Åksjuka som kräver medicinering?		132. Har Du på medicinska grunder avvisats från att påbörja eller fullfölja militärtjänstgöring?		173. Epilepsi?	
109. Sockersjuka, hormonrubbningar?		122. Blodbrist, sicklecellsanemi eller andra blodsjukdomar?		133. Har Du tilldelats pension eller skadeersättning efter skada eller sjukdom?		174. Psykisk sjukdom?	
110. Besvär från magtarmkanalen eller levern?		123. Malaria eller annan tropisk sjukdom?				175. Diabetes?	
111. Hörselnedsätt. eller öronsjukdom?						176. Tuberkulos?	
112. Näs- eller halsbesvär, talrubbningar?						177. Allergi, astma eller eksem?	
						178. Årftliga sjukdomar?	
						179. Glaukom (grön starr)?	

30. Anmärkningar: Om tidigare meddelad och ingen förändring har ägt rum, ange detta.

31. **Försäkrans:** 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 UTLÄMNANDE 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 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 med beaktande av sekretesslagen (1980:100).

L 1630-6

Datum

Sökandens underskrift

Flygläkarens underskrift

Skickas till: Transportstyrelsen, Luftfartsavdelningen, Certifikat och examination, 601 73 Norrköping  
 Internet: [www.transportstyrelsen.se](http://www.transportstyrelsen.se)

# 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, bihål		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      linsler

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	
Refraktion	Sfärisk	Cylinder	Axel
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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Audiogram		
Hz	500	1000
Höger		
Vänster		

**236. Lungfunktion**

Peak Expiratory Flow	l/min		g/dl
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anm		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anm	

**237. Hemoglobin**

 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. Flygläkarens 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. Flygläkarens 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:	Flygläkarens namn och adress	Flygläkarens stämpel inkl. nummer
Flygläkarens underskrift		

**Myndighetens anteckningar**

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