



FORMULÁR ŽIADOSTI O OSVEDČENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI
(AMC1 ARA.MED.135(a); Annex II to ED Decision 2012/006/R, AMC1 ATCO.AR.F.020 Annex II to ED Decision 2015/010/R)

PODLIEHA LEKÁRSKEMU TAJOMSTVU

Túto stranu vyplňte úplne a veľkým tlačným písmom – viď. pokyny pre vyplnenie.

(1) Štát vydávajúci osvedčenie:		(2) Požadované osvedčenie zdravotnej spôsobilosti: 1.triedy <input type="checkbox"/> 2. triedy <input type="checkbox"/> 3. triedy <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/>	
(3) Priezvisko:		(4) Predchádzajúce priezvisko/-á:	
(5) Krstné meno:		(6) Dátum narodenia:	
		(7) Pohlavie Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	
(8) Miesto a štát narodenia:		(9) Štátna príslušnosť:	
(10) Trvalé bydlisko: Štát: Telefónne číslo: Číslo mobilu: e-mail:		(11) Adresa (prechodné bydlisko, ak je odlišné): Štát: Telefónne číslo:	
		(12) Vyšetrenie: Vstupné <input type="checkbox"/> Predĺženie platnosti/obnovenie <input type="checkbox"/>	
		(13) Registračné číslo:	
		(14) Typ požadovaného preukazu spôsobilosti:	
		(15) Zamestnanie (hlavné):	
		(16) Zamestnávateľ:	
		(17) Posledné letecko-lekárske vyšetrenie: Miesto: Dátum:	
(18) Vlastnené preukazy spôsobilosti (typ): Číslo preukazu spôsobilosti:		(19) Lekárske obmedzenie/odchýlky/výnimky v preukaze spôsobilosti/osvedčení zdravotnej spôsobilosti: Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Aké:	
(20) Bolo Vám niekedy zamietnuté, pozastavené alebo zrušené vydanie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti? Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Dátum: Štát: Podrobnosti:		(21) celkový počet nalietaných hodín:	
		(22) Nálet hodín od posledného vyšetrenia:	
		(23) Súčasný typ lietadla:	
(24) Mali ste od posledného vyšetrenia nejakú leteckú nehodu alebo incident? Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Dátum: Miesto: Podrobnosti:		(25) O aký druh lietania žiadate:	
		(26) V súčasnosti lietam v posádke Sám: <input type="checkbox"/> Viacpilótna posádka: <input type="checkbox"/> V súčasnosti ako ATCO vykonávam: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS	
(27) Pijete alkohol? Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte množstvo:		(28) Užívate v súčasnosti lieky? Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Názov lieku, dávkovanie, odkedy a prečo:	
(29) Fajčíte (fajčili ste)? <input type="checkbox"/> Nie, nikdy <input type="checkbox"/> Nie, dátum ukončenia: Áno <input type="checkbox"/> Druh cigariet a denný počet:			

Všeobecné a zdravotné údaje týkajúce sa Vašej minulosti: Máte alebo ste mali niekedy nejaké z nasledujúcich ochorení? Označte krížikom (x) políčko. Ak áno, podrobnosti uveďte do časti „Poznámky“ (30).

Poznámka: Pri vyšetrení na predĺženie platnosti preukazu na rovnakom mieste konania ako naposledy, označte iba políčka týkajúce sa nejakých medicínskych/chirurgických/očných alebo iných udalostí alebo zmien od posledného vyšetrenia. V prípade „žiadnych zmien“, uveďte toto v „Poznámkach“.

	Áno	Nie		Áno	Nie		Áno	Nie	Rodiinný výskyt	Áno	Nie	
101 Očné ťažkosti/operácie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112 Choroby nosa, hrdla, reči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123 Malária, či iná tropická choroba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134 Priznanie dôchodku alebo náhrady po zranení alebo chorobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
102 Nosenie okuliarov/ kontaktných šošoviek v minulosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113 Poranenie hlavy, otras mozgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124 Pozitívny HIV test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170 Srdcové choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
103 Zmena sily okuliarov/šošoviek od posledného lekárskeho vyšetrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114 Časté/silné bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125 Pohlavné choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171 Vysoký krvný tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
104 Alergia alebo senná nádcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115 Závraty, chvíľkové mdloby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126 Porucha spánku /syndróm apnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172 Vysoká hladina cholesterolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
105 Astma, pľúcné ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116 Akékoľvek bezvedomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127 Svalové a kostrové choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173 Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
106 Srdcové, cievne ťažkosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 Neurologické poruchy, porážka, epilepsia, kŕče, ochrnutie a pod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128 Iné choroby alebo poranenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174 Psychiatrické choroby alebo samovražda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107 Vysoký alebo nízky krvný tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118 Akékoľvek psychické/psychiatrické poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129 Prijatie do nemocnice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175 Cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
108 Obličkové kamene/krv v moči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119 Stále užívanie alkoholu/drog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130 Návšteva u praktického lekára od posledného lekárskeho vyšetrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176 Tuberkulóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
109 Diabetes, hormonálne poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120 Pokus o samovraždu/sebapoškodenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131 Zamietnutie životnej poistky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177 Alergia/astma/ekzém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
110 Žalúdočné, pečenevé, alebo črevné ťažkosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121 Morská choroba s liečbou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132 Zamietnutie preukazu spôsobilosti pilota/ATCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178 Dedičné choroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
111 Nahluchlosť, ušné ťažkosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122 Anémia/kosákovité krvinky, iné krvné ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133 Vyradenie z vojenskej služby zo zdravotných dôvodov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179 Glaukóm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iba pre ženy										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
										150 Gynekologické problémy, problémy s menštruáciou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										151 Ste tehotná?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) **Poznámky:** Ak oproti minulosti nie sú zmeny, stačí napísať: Bez zmien oproti poslednému vyšetreniu.

(31) **Vyhlasenie:** Týmto vyhlasujem, že som starostlivo zvažil/-a vyššie uvedené tvrdenia a zodpovedal/-a som ich úplne a správne podľa svojho najlepšieho vedomia, nevynechal/-a som žiadnu dôležitú informáciu a ani som takúto informáciu nezatajil/-a. Som si vedomý (vedomá), že v prípade klamných údajov v tomto formulári alebo v prípade zatajenia dôležitej skutočnosti týkajúcej sa môjho zdravotného stavu mi príslušný orgán môže zamietnuť vydanie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti alebo odobrať mi už vydané osvedčenie bez toho, aby tým boli ovplyvnené iné skutočnosti vyplývajúce zo zákona.

SÚHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMÁCIÍ O MOJOM ZDRAVOTNOM STAVE: Súhlasím s poskytnutím všetkých informácií uvedených v tomto formulári, ako aj v všetkých prílohách, poverenému leteckému lekárovi (AME), v prípade potreby posudkovému lekárovi úradu vydávajúceho preukaz spôsobilosti, posudkovému lekárovi úradu príslušného AME, na účely absolvovania leteckého lekárskeho hodnotenia alebo sekundárneho vyšetrenia. Súhlasím s tým, aby sa tieto dokumenty a iné elektronicky uskladnené údaje použili na posúdenie môjho zdravotného stavu a zostali vo vlastníctve príslušného orgánu podmienkou, že ja alebo môj praktický lekár môže do nich nahliadať podľa platných zákonov¹, a že tieto zdravotné údaje budú navždy zabezpečené ako dôverné.

OZNÁMENIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV: Týmto vyhlasujem, že som bol informovaný/-á a rozumiem, že údaje obsiahnuté v mojom osvedčení zdravotnej spôsobilosti v súlade s ARA.MED.130, môžu byť elektronicky uložené a sprístupnené môjmu AME za účelom poskytovania údajov požadovaných v MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) a posudkovým lekárom príslušných úradov členských štátov s cieľom uľahčiť uplatňovanie ustanovenia podľa ARA.MED.150 (c) (4).

Dátum: Podpis žiadateľa/-ky: Podpis AME (svedka):

¹Napr. Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

POKYNY NA VYPLNENIE FORMULÁRA ŽIADOSTI O OSVEDČENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

Formulár tejto žiadosti a všetky priložené formuláre správ budú zaslané licenčnému úradu. Za všetkých okolností musí byť rešpektované lekárske tajomstvo.

Žiadateľ/-ka by mal/-a osobne a v úplnosti vyplniť všetky otázky (časti) formulára žiadosti. Zápis musí byť vykonaný veľkými tlačenými písmenami pomocou guľôčkového pera. Prípustné je tiež vyplnenie tohto formulára písacím strojom/tlačiarňou. Ak potrebujete na odpoveď na nejakú otázku viac miesta, mal by byť k podaniu informácie použitý voľný list papiera opatrený menom a podpisom žiadateľa/-ky a dátumom podpisu. Nižšie uvedené číslované pokyny sa vzťahujú k číselným záhlaviám formulára žiadosti o osvedčenie zdravotnej spôsobilosti.

Neúplné alebo nečitateľné vyplnenie žiadosti môže mať za následok jej neprijatie. Nepravdivé alebo zavádzajúce údaje alebo zamlčanie dôležitej informácie vzťahujúcej sa k tejto žiadosti môžu mať za následok trestné stíhanie, odmietnutie tejto žiadosti a/alebo odobratie ktoréhokoľvek už vydaného osvedčenia zdravotnej spôsobilosti.

1. Licenčný úrad Meno štátu, v ktorom bude žiadosť podaná na licenčný úrad.	17. Posledné letecko-lekárske vyšetrenie: Uveďte dátum (deň, mesiac, rok) a miesto (mesto, štát). Žiadatelia o vstupné vyšetrenie napíšu „Žiadne“.
2. Trieda osvedčenia zdravotnej spôsobilosti: Vyplňte krížikom (X) príslušné políčko. 1. trieda: Profesionálny pilot 2. trieda: Súkromný pilot LAPL	18. Typ preukazu spôsobilosti: Uveďte typ preukazu/-ov spôsobilosti, ktorý/-é vlastníte, ako je uvedené aj v bode 14. Uveďte číslo preukazu spôsobilosti a štát, v ktorom bol preukaz vydaný. Ak nie ste držiteľom preukazu spôsobilosti, napíšte „Žiadny“.
3. Priezvisko Uveďte priezvisko/rodné meno.	19. Lekárske obmedzenie/odchýlky/výnimky v preukaze spôsobilosti/ osvedčení zdravotnej spôsobilosti: Zaškrtnite (x) príslušné políčko a uveďte príčinu obmedzenia vo vašom preukaze spôsobilosti/osvedčení zdravotnej spôsobilosti, napr. vízus, farebné videnie, len s bezpečnostným pilotom atď.
4. Predchádzajúce priezvisko/-á: Ak sa Vaše priezvisko z nejakej príčiny zmenilo, uveďte predchádzajúce priezvisko/-á.	20. Odmietnutie, pozastavenie alebo zrušenie obmedzenia zdravotnej spôsobilosti: Zaškrtnite „Áno“, ak Vám niekedy v minulosti bolo osvedčenie zamietnuté alebo zrušené, aj keď sa tak stalo iba dočasne. Ak zaškrtnete „Áno“, uveďte dátum a štát, kde sa tak stalo.
5. Krstné meno/-á: Uveďte prvé a druhé meno (maximálne tri).	21. Celkový počet nalietaných hodín: Uveďte váš celkový nálet hodín.
6. Dátum narodenia: Uveďte v poradí deň (DD), mesiac (MM), rok (RRRR), číslami, napr. 22-08-1950.	22. Nálet hodín od posledného vyšetrenia: Uveďte počet nalietaných hodín od posledného letecko-lekárskeho vyšetrenia.
7. Pohlavie: Zaškrtnite (x) príslušné políčko.	23. Súčasný typ lietadla: Uveďte názov lietadla, na ktorom najčastejšie lietate, napr. Boeing 737, Cessna 150, atď.
8. Miesto narodenia: Uveďte mesto a štát, kde ste sa narodili.	24. Letecká nehoda alebo incident: Ak zaškrtnete (x) políčko Áno, uveďte dátum (DD/MM/RRRR) a štát, kde došlo k nehode/incidentu.
9. Štátna príslušnosť: Uveďte štát, ktorého ste občanom.	25. Typ zamýšľaného lietania: Uveďte napr. dopravné, charterové, [jednopilotná prevádzka v obchodnej leteckej doprave cestujúcich] poľnohospodárske, rekreačné a pod.
10. Trvalé bydlisko: Uveďte svoju trvalú poštovú adresu a štát. Napíšte aj poštový kód mesta, telefónny kód štátu a úplné telefónne číslo.	26. Súčasná činnosť v letovej prevádzke: Zaškrtnite (x) vhodné políčko, podľa toho, či lietate alebo pracujete ako ATCO.
11. Adresa (ak je odlišná) Ak je Vaša súčasná adresa odlišná od trvalého bydliska, uveďte ju, vrátane poštového kódu mesta a úplného telefónneho čísla. Ak nie, napíšte „ROVNAKÁ“.	27. [Pijete alkohol?] Zaškrtnite (x) správne políčko. Ak áno, uveďte koľko jednotiek za týždeň (napr. 0,5 dcl tvrdého alkoholu, 2 dcl vína, jedno pivo).]
12. Druh požadovaného vyšetrenia: Zaškrtnite (x) správne políčko.	28. V súčasnosti užívané lieky: Ak „Áno“, napíšte podrobnosti – názov lieku, dávkovanie ..., vrátane liekov, ktoré nie sú na predpis.
13. REGISTRAČNÉ ČÍSLO: Uveďte registračné číslo, ktoré Vám prideli licenčný úrad. Žiadatelia o vstupné vyšetrenie napíšu „Žiadne“.	29. [Fajčíte?] Zaškrtnite (x) správne políčko. Súčasný fajčiar uveďte typ (napr. cigarety, cigary, fajka) a množstvo (napr. 2 cigary denne, fajka - 35 g týždenne).]
14. TYP POŽADOVANÉHO OSVEDČENIA SPOSOBILOSTI Uveďte druh požadovaného osvedčenia podľa nasledujúceho zoznamu: Preukaz spôsobilosti dopravného pilota Preukaz spôsobilosti pilota vo viacčlennej posádke Preukaz spôsobilosti obchodného pilota / prístrojová kvalifikácia Preukaz spôsobilosti obchodného pilota Preukaz spôsobilosti súkromného pilota / prístrojová kvalifikácia Preukaz spôsobilosti súkromného pilota Preukaz spôsobilosti pilota klzákov Preukaz spôsobilosti pilota balónov Preukaz spôsobilosti pilota ľahkých lietadiel A či ide o lietadlo s pevnými krídlami / vrtuľník / oboje Osvedčenie palubného sprievodcu Ostatné – prosíme špecifikujte	Celková a lekárska anamnéza: Všetky položky 101 až [179] musia mať zaškrtnutú odpoveď „Áno“ alebo „Nie“. Ak kedykoľvek v minulosti došlo k výskytu príhody, zaškrtnite „Áno“. Okolnosti a dátum uveďte v rubrike 30. Poznámky. Odpovede na všetky otázky majú zmysel, aj keď to nemusí byť zrejme. Rubriky [170 - 179] sa vzťahujú k rodine, rubriky [150 - 151] sú iba pre ženy. Ak bola odpoveď uvedená pri predchádzajúcom vyšetrení a nedošlo k žiadnej zmene, napíšte „Ako minule, bez zmeny“. Je však potrebné zaškrtnúť „Áno“. Neuvádzajte krátkodobé choroby ako napr. chrípka, prechladnutie.
15. Zamestnanie: Uveďte svoje hlavné zamestnanie.	
16. Zamestnávateľ: Ak je vaším zamestnaním lietanie, uveďte firmu zamestnávateľa, ak ste samostatne zárobkovo činný, napíšte „ja sám“.	31. Vyhlásenie a súhlas s poskytnutím informácií: Nepodpisujte sa a neuvádzajte dátum, ak nie je prítomný AME /GMP ako svedok, ktorý sa na formulár podpíše zároveň s Vami.