

KWESTIONARIUSZ DLA CZŁONKÓW ZAŁÓG LOTNICZYCH, UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ORZECZENIE LEKARSKIE

Należy wypełnić wszystkie rubryki drukowanymi literami - szczegóły znajdują się w objaśnieniach

Obowiązuje tajemnica lekarska (POUFNE).

GŁÓWNY INSPEKTORAT LOTNICTWA CYWILNEGO (POLSKA)

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| (1) Państwo członkowskie JAA, do którego ubiega się kandydat | | (2) Klasa świadectwa zdrowia | | 1D PESEL: | |
| (3) Nazwisko: | | (4) Poprzednie nazwisko (nazwiska) | | (12) Badania Wstępne <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie licencji D | |
| (5) Imiona: | | (6) Data urodzenia: | | Płeć <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta | |
| (8) Państwo i miejsce urodzenia: | | (9) Narodowość: | | (13) Numer odniesienia | |
| (10) Stały adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer): | | £11)Adres do korespondencji (jeżeli jest inny) | | (14) Typ požądanej licencji | |
| | | | | (15) Zawód (podstawowy) | |
| | | | | (16) Pracownik | |
| | | | | (17) Ostatnie badanie lekarskie Data: Miejsce | |
| (18) Posiadana licencja lotnicza (typ) | | Numer licencji | | Kraj, w którym wydano licencję | |
| | | | | (19) Jakiegokolwiek ograniczenia Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Szczegóły: | |
| (20) czy kiedykolwiek odmówiono wydania, świadectwa zdrowia, zawieszono je lub odwołano decyzją władzy licencjonującej? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Data: Państwo: | | | | (21) Czas nalotu ogólnego: | |
| Szczegóły: | | | | (22) godziny wylatane od czasu ostatnich badań: | |
| (24) Czy zdarzył się wypadek samolotowy od czasu ostatnich badań? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Data: Miejsce: Szczegóły: | | | | (23) samolot obecnie pilotowany | |
| WZROST: | | WAGA: | | (25) kategoria uprawniająca do wykonywania zadań przez jednego pilota? Tak | |
| KOLOR WŁOSÓW: | | KOLOR OCZU: | | (26) Rodzaj licencji pilota Zawodowy <input type="checkbox"/> | |
| WYKSZTAŁCENIE: | | IMIE OJCA: | | Turystyczny <input type="checkbox"/> Inny: | |
| MIEJSCE URODZENIA: | | NR TELEFONU: | | | |
| (27) Czy pali tytoń? Nigdy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Data zakończenia: Tak <input type="checkbox"/> Podai rodzaj i ilości- | | (28) Czy stosuje obecnie leki? rozpoczęcia stosowania leku, powód | | Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Podać leki, dawki, datę | |
| (29) Spożycie alkoholu - jednostki/tvdzień: | | | | | |

Wywiad ogólny i medyczny Nie Tak Nie Tak Nie Tak Nie

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|-----|--|-----|--|
| Tak | | Nie | | Tak | | Nie | | Tak | | Nie | |
| (101) Problemy dotyczące widzenia / operacje oczne | | (114) Częste lub uporczywe bóle głowy | | (126) Pobyt w szpitalu | | (150) Choroby serca | | | | | |
| (102) Szklka korekcyjne / soczewki kontaktowe kiedykolwiek noszone (WARTOŚCI SZKIEŁ) | | (115) Zawroty głowy lub epizody omdleń | | (127) Inne zaburzenia dotyczące badań laboratoryjnych krwi | | (151) Wysokie ciśnienie tętnicze krwi | | | | | |
| | | (116) Utrata przytomności z jakiegokolwiek powodu | | (128) Inne choroby lub zranienia | | (152) Wysokie stężenie cholesterolu we krwi | | | | | |
| (103) Zmiana szkielek korekcyjnych od czasu ostatniego badania okulistycznego | | (117) Zaburzenia neurologiczne: drgawki, padaczka, paraliż etc. | | (129) Wizyty u lekarza od czasu ostatniego badania | | (153) Padaczka | | | | | |
| (104) Alergia / katar sienny | | (118) Zaburzenia umysłowe | | (130) Odmowa wydania polisy ubezpieczeniowej | | (154) Choroba umysłowa | | | | | |
| (105) Dychawica oskrzelowa | | (119) Leczenie z powodu nadużywania alkoholu / leków | | (131) Odmowa wydania licencji lotniczej | | (155) Cukrzyca | | | | | |
| (106) Problemy dotyczące serca lub zastawek | | (120) Próby samobójcze | | (132) Skazanie wyrokiem za wykroczenia cywilne, karne, drogowe | | (156) Gruźlica | | | | | |
| (107) Wysokie lub niskie ciśnienie tętnicze krwi | | (121) Choroba lokomocyjna wymagająca stosowania leków | | (133) Odroczenie od służby wojskowej z powodów medycznych | | (157) Alergia / Dychawica oskrzelowa / Wyprysk kontaktowy | | | | | |
| (108) Kamica nerkowa lub obecność krwi w moczu | | (122) Malaria lub inne choroby tropikalne | | (134) Przyznanie odszkodowania z tytułu zranienia lub choroby | | (158) Choroby dziedziczne | | | | | |
| (109) Cukier lub białko w moczu | | (123) Niedokrwistość / Anemia sierpowata | | | | (159) Jaskra | | | | | |
| (110) Problemy żołądkowe | | (124) Dodatni test na obecność wirusa HIV | | | | Dotyczy kobiet (170) Zaburzenia ginekologiczne | | | | | |
| (111) Głuchota lub zaburzenia dotyczące słuchu | | (125) Choroby przenoszone drogą płciową | | | | (171) Problemy dotyczące ciąży | | | | | |
| (112) Problemy dotyczące nosa, gardła, zaburzenia mowy | | | | | | (172) Zaburzenia cyklu miesięczkowego | | | | | |
| (113) Urazy głowy lub wstrząśnienia mózgu | | | | | | (173) Data ostatniej miesiączki | | | | | |

I (30) **Uwagi:** Jeżeli przedstawiono wcześniej i nie nastąpiły żadne zmiany, proszę podać.

(31) Oświadczenie: Niniejszym oświadczam, że dokładnie zapoznałem się z przedstawionymi powyżej punktami i wszystkie rubryki wypełniłem poprawnie i zgodnie z prawdą nie zataiłem żadnych faktów, ani nie podałem fałszywych informacji Jestem świadomy, że podanie fałszywych informacji lub zatajenie faktów może być przyczyną odmowy wydania lub wstrzymania świadectwa zdrowia przez Władzę (Sekcja Lotniczo-Lekarska), bez względu na inne formy działania stosowane na mocy przepisów prawa narodowego. ZGODA NA UZYSKANIE INFORMACJI: Niniejszym zobowiązuję się udzielać informacji i upoważniam do udzielania dalszych informacji, medycznych lub innych, na żądanie Władzy (Sekcji Lotniczo-Lekarskiej), w związku z powyższym kwestionariuszem. Zgoda ta pozostanie ważna przez okres ważności wydanej mi licencji/świadectwa zdrowia:

Data

Podpis ubiegającego się

Podpis Lekarza Orzekającego (świadka)