АВІАЦІЙНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР НАУ

ЗАЯВКА НА МЕДИЧНИЙ СЕРТИФІКАТ

|  |
| --- |
| Медична інформація: конфіденційно. Заповнюється друкованими літерами |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) Країна видачі свідоцтва: | | (2) Медичний сертифікат дійсний для класу:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | клас 1 Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | клас 2 Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | клас 3 Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | LAPL Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | бортпровідники Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) Прізвище: | | (4) Попереднє(і) прізвище(а): | | | | | | | |  |  | | --- | --- | | (12) Заявка: | первинна Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | продовження дії Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | поновлення Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | | | | | | | |
| (5) Ім'я, по батькові: | | (6) Дата народження: | | | (7) Стать:   |  |  | | --- | --- | | чол. | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | жін. | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | | | | (13) Номер свідоцтва: | | | | | | | |
| (8) Місце та країна народження: | | (9) Громадянство: | | | | | | | (14) Тип свідоцтва, на яке подається заявка: | | | | | | | |
| (10) Місце проживання:  Країна:  Телефон:  Мобільний телефон:  Електронна пошта: | | (11) Поштова адреса фактичного місця проживання (якщо інша):    Країна:  Телефон: | | | | | | | (15) Професія (основна): | | | | | | | |
| (16) Місце роботи: | | | | | | | |
| (17) Попередній медичний огляд:  дата:  місце: | | | | | | | |
| (18) Свідоцтво(а) авіаційного персоналу, яке(і) маєте (тип):  Номер свідоцтва:  Країна видачі: | | | | | | | | | (19) Будь-які обмеження та зміни в свідоцтвах та медичному сертифікаті:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ні | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | Так | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | Подробиці: | |  | | | | | | | | | |
| (20) Чи мали місце будь-коли відмова у видачі, скасування, призупинення дії чи анулювання медичного сертифіката?   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Ні Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | Так Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | Країна: | | Подробиці: |  |  | | | | | | | | | | (21) Загальний польотний час, годин: | | (22) Польотний час від попереднього медичного огляду, годин: | | | | | |
| (23) Клас(и) / тип(и) ПС, на якому зараз літаєте: | | | | | | | |
| (24) Чи мала місце будь-яка авіаційна подія чи інцидент з часу попереднього медичного огляду?   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Ні Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | Так Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | Місце: | |  |  | Подробиці: | | | | | | | | | | (25) Тип очікуваних польотів: | | | | | | | |
| (26) Теперішня льотна робота:   |  |  | | --- | --- | | однопілотне ПС | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | багатопілотне ПС | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | | | | | | | | |
| (27) Чи вживаєте алкоголь?   |  |  | | --- | --- | | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif Ні | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif Так (кількість) | | | | | | | (28) Чи приймаєте наразі ліки?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ні | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif | Так | Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif |   Якщо приймаєте, зазначте назву, дозу, дату початку приймання та причину приймання | | | | | | | | | | |
| (29) Ви палите?  Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif Ніколи не палив(ла) Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif Ні (дата, коли покинули палити)  Описание: http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/Re33045_img_001.gif/$file/Re33045_img_001.gif Так (різновид та кількість) | | | | | |
|  | Так | | Ні |  | | | Так | Ні | |  | | Так | Ні |  | Так | Ні |
| 101 Очні хвороби, операції на очах |  | |  | 113 Травми голови або струс мозку | | |  |  | | 124 Позитивний тест на ВІЛ | |  |  | 150 Гінекологічні хвороби, порушення менструального циклу |  |  |
| 102 Носіння окулярів, контактних лінз |  | |  | 114 Частий або сильний головний біль | | |  |  | | 125 Захворювання, що передаються статевим шляхом | |  |  |
| 115 Запаморочення або непритомність | | |  |  | | 126 Зупинка дихання (апное) уві сні | |  |  | 151 Ви вагітні? |  |  |
| 103 Зміни в рецептах на окуляри або на контактні лінзи з часу останнього медичного огляду |  | |  | 116 Втрата свідомості будь-якого походження | | |  |  | | 127 Хвороби та травми опорно-рухового апарату | |  |  | **Сімейний анамнез:** | | |
| 117 Неврологічні розлади; інсульт, судоми, епілепсія, епілептичний напад, параліч тощо | | |  |  | | 128 Будь-які інші захворювання або травми | |  |  |
| 104 Сінна лихоманка, інші алергії |  | |  | 118 Психологічні або психіатричні розлади будь-якого типу | | |  |  | | 129 Стаціонарне лікування | |  |  | 170 Серцеві хвороби |  |  |
| 105 Бронхіальна астма, хвороби легень |  | |  | 171 Високий кров'яний тиск |  |  |
| 106 Серцево-судинні захворювання |  | |  | 119 Зловживання ліками, наркотиками і алкоголем | | |  |  | | 130 Відвідування лікаря після попереднього медичного огляду | |  |  | 172 Високий рівень холестерину |  |  |
| 107 Високий або низький кров'яний тиск |  | |  | 131 Відмова у страхуванні життя | |  |  | 173 Епілепсія |  |  |
| 108 Камені в нирках або кров у сечі |  | |  | 120 Спроба суїциду | | |  |  | | 132 Відмова у видачі медичного сертифіката | |  |  | 174 Психічні захворювання |  |  |
| 109 Діабет, інші гормональні порушення |  | |  | 121 Морська хвороба, що потребує приймання ліків | | |  |  | | 133 Відстрочка від призову, придатність до військової служби | |  |  | 175 Діабет |  |  |
| 110 Хвороби печінки та шлунково-кишкові захворювання |  | |  | 122 Анемія, в тому числі серпоподібно- клітинна, інші хвороби крові | | |  |  | | 134 Призначення пенсії або компенсації з приводу травм / хвороб | |  |  | 176 Туберкульоз |  |  |
| 177 Бронхіальна астма, екзема, інші алергії |  |  |
| 111 Глухота, хвороби вуха |  | |  | 123 Малярія та інші тропічні хвороби | | |  |  | | **Тільки для жінок:** | | | 178 Спадкові порушення | |  | |
| 112 Хвороби носа та горла, розлади мови |  | |  | 179 Глаукома | |
| **Примітка.** Якщо після Вашого попереднього запису не відбулось ніяких змін, зазначте "Без змін". | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (31) **ЗАЯВА**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проаналізував вищевикладене і стверджую, що все заповнено мною вірно, я не приховав ніякої інформації та не зробив ніяких стверджень, що могли б ввести в оману. Я усвідомлюю, що в разі надання мною неправдивої інформації або за небажання надати відповідну медичну інформацію уповноважений орган має право відмовити у видачі мені медичного сертифіката або анулювати виданий медичний сертифікат без упередженості щодо заяви згідно із законодавством.  **ДОЗВІЛ НА ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ**  Я даю згоду на використання усієї інформації, що міститься в цій заявці, там, де це буде необхідно, для будь-якого медичного підрозділу уповноваженого органу інших країн - членів EASA, визнаючи, що дані цих документів у паперовому чи електронному вигляді можуть використовуватися для завершення медичної оцінки і залишаться власністю уповноваженого органу за умови, що я або мій лікар матиму (матиме) доступ до них згідно з законодавством та що буде гарантована на весь час медична конфіденційність.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    (дата) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     (підпис заявника) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    (підпис АМЕ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |