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:Мобільнийтелефон: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) |

 |