|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **logo_bez_pozadi** | | **ŽÁDOST O VYDÁNÍ OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**  **Vstupní  Prodloužení / obnova platnosti** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| *Vyplňujte hůlkovým písmem dle pokynů pro vyplnění* | | | | | | | | | | | | | **VÁZÁNO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| (1) Stát vydávající průkaz způsobilosti: | | | | | | | | (2) Požadováno osvědčení zdravotní způsobilosti: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Třída 1 | | Třída 2 | | Třída 3 | | | | LAPL | | CC | Ostatní | | |
| (3) Jméno a příjmení: | | | | | | | | (4) Dřívější příjmení: | | | | | | | | (5) Datum narození (den/měsíc/rok): | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| (6) Pohlaví: | | | | | (7) Registrační číslo: | | | | | | | | | | (8) Typ požadovaného průkazu způsobilosti: | | | | | | |
| Muž | | | Žena | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| (9) Místo a země narození: | | | | | (10) Státní příslušnost: | | | | | | (11) Poslední letecko-lékařské vyšetření: | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | Datum: | | | | | | Místo: | | | | |
| (12) Trvalé bydliště nebo doručovací adresa, liší-li se od místa trvalého bydliště (ulice, číslo popisné, město, směrovací číslo, stát): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (13) Telefon: | | | | (14) Mobilní telefon: | | | | | (15) Email: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| (16) Povolání (hlavní): | | | | | | | | | (17) Zaměstnavatel: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| (18) Vlastněné průkazy způsobilosti (typ): | | | | | | | | | (19) Jakékoli omezení v průkazu /osvědčení zdravotní způsobilosti: | | | | | | | | | | | | |
| Stát vydání: | | | | | | | | | NE | | | | | | | | | | | | |
| Číslo průkazu: | | | | | | | | | ANO / Podrobnosti: | | | | | | | | | | | | |
| (20) Bylo vám někdy osvědčení zdravotní způsobilosti odmítnuto, pozastaveno nebo zrušeno jakýmkoliv úřadem vydávajícím průkazy způsobilosti? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NE | ANO / Datum:       / Země: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Podrobnosti: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (21) Celkový počet letových hodin: | | | | | | | N/A | | (22) Počet letových hodin od poslední letecko-lékařské prohlídky: | | | | | | | | | | | | N/A |
| hod | | | | | | | | | hod | | | | | | | | | | | | |
| (23) V současnosti létám na letadle třídy /typu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N/A |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| (24) Zapojení do letecké nehody / incidentu od posledního lékařského vyšetření? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N/A |
| ANO / Datum:       / Země: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podrobnosti: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (25) Požadovaný druh létání: | | | | | | N/A | | | (26) Druh současného provozu: | | | | | jednopilotní  vícepilotní | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Současná činnost ŘLP: | | | | | TWR  Radar  Jiná | | | | | | | |
| (27) Pijete alkohol? | | | | | | | | | (28) Kouříte? | | | | | | | | | | | | |
| NE | | | | | | | | | NE, přestal jsem. / Uveďte datum: | | | | | | | | | | | | |
| ANO – uveďte množství: | | | | | | | | | ANO / Uveďte druh kuřiva a množství: | | | | | | | | | | | | |
| (28) Užíváte v současnosti nějaké léky? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO – uveďte lék, dávku, datum počátku léčby a důvod: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Celková a lékařská anamnéza: Prodělal(a) jste někdy něco z níže uvedeného? (Prosím zaškrtněte). Pokud ano, uveďte podrobnosti v položce (30) Poznámky.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **NE** |  | **ANO** | **NE** |  | **ANO** | **NE** | **Rodinný výskyt:** | **ANO** | **NE** |
| 101 Oční obtíže/ oční operace |  |  | 112 Poruchy nosu, krku a řeči |  |  | 123 Malárie nebo jiná tropická nemoc |  |  | 170 Srdeční nemoci |  |  |
| 102 Brýle a/nebo kontaktní čočky někdy nošené |  |  | 113 Poranění hlavy nebo bezvědomí |  |  | 124 Pozitivní test HIV |  |  | 171 Vysoký krevní tlak |  |  |
| 114 Časté nebo těžké bolesti hlavy |  |  | 125 Pohlavně přenosné onemocnění |  |  | 172 Vysoká hladina cholesterolu |  |  |
| 103 Změna předpisu brýlí od posledního lékařského vyšetření |  |  | 115 Závratě nebo záchvaty mdlob |  |  | 126 Porucha spánku/syndrome apnoe |  |  | 173 Epilepsie |  |  |
| 116 Bezvědomí z jakékoli příčiny |  |  | 127 Svalové a kosterní nemoci/poškození |  |  | 174 Duševní nemoci |  |  |
| 104 Alergie nebo senná rýmy |  |  | 117 Neurologické poruchy, mrtvice, epilepsie, křeče, obrny atd. |  |  | 128 Jiné nemoci nebo poranění |  |  | 175 Diabetes mellitus |  |  |
| 105 Astma nebo plicní nemoc |  |  | 129 Přijetí do nemocnice |  |  | 176 Tuberkulóza |  |  |
| 106 Srdeční nebo cévní potíže |  |  | 118 Psychologické/duševní potíže jakéhokoli druhu |  |  | 130 Návštěva u praktického lékaře od posledního lékařského vyšetření |  |  | 177 Alergie/astma/ekzém |  |  |
| 107 Vysoký nebo nízký krevní tlak  High or low blood pressure |  |  | 178 Dědičné nemoci |  |  |
| 108 Ledvinový kámen nebo krev v moči |  |  | 119 Abusus alkoholu, omamných látek |  |  | 131 Zamítnutí životní pojistky |  |  | 179 Glaukom  m |  |  |
| 109 Diabetes mell., hormonální poruchy |  |  | 120 Sebevražedný pokus |  |  | 132 Zamítnutí průkazu pilota/průkazu ŘLP |  |  | **Pouze ženy:** | | |
| 110 Žaludeční, jaterní, střevní potíže |  |  | 121 Kinetóza vyžadující léčení |  |  | 133 Vyřazení z vojenské služby ze zdravotních důvodů |  |  |
| 150 Gynekologické, menstruační problémy |  |  |
| 111 Nedoslýchavost nebo ušní problémy |  |  | 122 Anémie/srpkovitost červených krvinek/jiné poruchy krve |  |  | 134 Přiznání důchodu nebo náhrady po poranění nebo nemoci |  |  | 151 Jste těhotná? |  |  |
| (30) **Poznámky:** Pokud byly uvedeny již dříve a nedošlo ke změně, poznamenejte to. | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| (31) **PROHLÁŠENÍ:** Prohlašuji tímto, že jsem pečlivě zvážil výše uvedené odpovědi a že jsou podle mého nejlepšího přesvědčení úplné a správné a že jsem nezatajil žádnou důležitou informaci nebo neuvedl žádné zavádějící údaje. Jsem si vědom, že pokud bych uvedl jakýkoli nepravdivý nebo zavádějící údaj související s touto žádostí, nebo nedal souhlas k poskytnutí doplňujících lékařských informací, může mi úřad vydávající průkazy způsobilosti odmítnout vydat osvědčení zdravotní způsobilosti, nebo mi může odebrat kterékoli již vystavené osvědčení zdravotní způsobilosti, aniž by tím byla dotčena další opatření, vyplývající z národních právních předpisů.  **SOUHLAS S POSKYTNUTÍM LÉKAŘSKÝCH INFORMACÍ.** Tímto dávám souhlas k poskytnutí všech informací obsažených v této zprávě a kterémkoli nebo všech doplňcích, určenému leteckému lékaři (AME) a v případě potřeby posudkovému lékaři úřadu vydávajícímu průkazy způsobilosti, s vědomím, že tyto dokumenty nebo elektronicky uchované údaje budou použity pro vyhotovení osvědčení zdravotní způsobilosti a zůstanou majetkem úřadu vydávajícího průkazy způsobilosti, za předpokladu, že já nebo můj lékař k nim budeme mít přístup v souladu s platnou právní úpravou. Za všech okolností bude dodržováno lékařské tajemství.  Datum:  Podpis žadatele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis AME / posudkového lékaře: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**POKYNY PRO VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE ŽÁDOSTI O OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Formulář této žádosti a všechny přiložené formuláře zpráv budou zaslány úřadu vydávajícímu průkazy způsobilosti. Za všech okolností musí být respektováno lékařské tajemství.

Žadatel by měl osobně a v úplnosti vyplnit všechny otázky (části) formuláře žádosti. Zápis musí být proveden velkými tiskacími písmeny pomocí kuličkového pera. Přípustné je rovněž vyplnění tohoto formuláře psacím strojem/tiskem Potřebujete-li k odpovědi na nějakou otázku více místa, měl by být k podání informace použit volný list papíru, opatřený jménem a podpisem žadatele a datem podpisu. Níže uvedené číslované pokyny se vztahují k číselným záhlavím formuláře žádosti o osvědčení zdravotní způsobilosti.

Neúplné nebo nečitelné vyplnění žádosti může mít za následek její nepřijetí. Nepravdivé nebo zavádějící údaje nebo zamlčení důležité informace vztahující se k této žádosti mohou mít za následek trestní postih, odmítnutí této žádosti a/nebo odvolání kteréhokoli již vydaného osvědčení zdravotní způsobilosti.

**TISK: Pokud budete žádost tisknout, tiskněte oboustranně a pouze stranu 1 a 2 žádosti.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ÚŘAD VYDÁVAJÍCÍ PRŮKAZY ZPŮSOBILOSTI:** Uveďte jméno země, k níž je tato žádost určena. | **19. omezení průkazu způsobilosti/osvědčení zdravotní způsobilosti:**  Zaškrtněte příslušné políčko a uveďte podrobnosti o jakémkoliv omezení ve vašem průkazu způsobilosti/osvědčeních zdravotní způsobilosti, např. vidění, barvocit, bezpečnostní pilot atd. |
| **2. POŽADOVÁNO osvědčení zdravotní způsobilosti:**  Zaškrtněte příslušné políčko. 1. třída: Profesionální pilot 2. třída: Soukromý pilot 3. třída: ŘLP | **20. odmítnutí, POZASTAVENÍ nebo zrušení osvědčení zdravotní způsobilosti:**  Zaškrtněte políčko „ANO“, pokud vám bylo někdy osvědčení zdravotní způsobilosti odmítnuto, pozastaveno nebo zrušeno, i když jen dočasně. V případě odpovědi ANO, uveďte datum (den/měsíc/rok) a zemi, ve které se tak stalo. |
| **3. Jméno a příjmení:**  Uveďte příjmení a křestní jméno. Křestní jména uvádějte maximálně 3. | **21. celkový počet letových hodin:**  Uveďte celkový počet nalétaných hodin. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A. |
| **4. dřívější příjmení:**  Pokud se vaše příjmení nebo rodné jméno z nějakého důvodu změnilo, uveďte dřívější příjmení. | **22. počet letových hodin od poslední lékařské prohlídky:**  Uveďte počet nalétaných hodin od poslední lékařské prohlídky. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A. |
| **5. datum narození:**  Uveďte v pořadí den/měsíc/rok | **23. v současnosti létám na letadlech třídy/typu:**  Uveďte název hlavního letadla, na kterém v současnosti létáte, např. Boeing 737, Cessna 150 atd. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A. |
| **6. pohlaví:**  Zaškrtněte příslušné políčko. | **24. Nějaká letecká nehoda / incident od posledního lékařského vyšetření:**  Pokud je zaškrtnuto políčko „ANO“, uveďte datum (den/měsíc/rok) a zemi, kde k nehodě/incidentu došlo. |
| **7. registrační číslo:**  Uveďte registrační číslo, které Vám přidělil úřad vydávající průkazy způsobilosti.  Ti, kdo žádají poprvé, uvedou „žádné“. | **25. požadovaný druh létání:**  Uveďte, zda u aerolinií, v nepravidelné dopravě, jednopilotní, obchodní letecké dopravě, přepravě cestujících, zemědělství, rekreační atd. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A |
| **8. typ požadovaného průkazu způsobilosti:**  Uveďte druh požadovaného průkazu podle následujícího seznamu:  Průkaz způsobilosti dopravního pilota  Průkaz způsobilosti pilota ve vícečlenné posádce  Průkaz způsobilosti obchodního pilota / přístrojová kvalifikace  Průkaz způsobilosti obchodního pilota  Průkaz způsobilosti řídícího letového provozu Průkaz způsobilosti soukromého pilota / přístrojová kvalifikace Průkaz způsobilosti soukromého pilota Průkaz způsobilosti pilota kluzáků Průkaz způsobilosti pilota balónů Průkaz způsobilosti pilota lehkých letadel, a zda se jedná o letadlo s pevnými křídly / vrtulník / obojí | **26. v současnosti létám jako:**  Zaškrtněte příslušné políčko k uvedení, zda létáte jako sólo pilot či nikoli. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte příslušné políčko k uvedení, zda pracujete na: věži (TWR), radaru, jiná činnost ŘLP |
| **27. pijete alkohol?**  Zaškrtněte příslušné políčko. Pokud ano, uveďte týdenní konzumaci, např. 2 litry piva. |
| **28. kouříte?**  Zaškrtněte příslušné políčko. Uveďte, jaký druh kuřiva v současnosti kouříte (cigarety, doutníky, dýmku) a množství (např. 2 doutníky denně, dýmku – čtvrt kila týdně). |
| **29. užíváte V současnosti nějaké léky?**  Pokud „ANO“, uveďte podrobnosti – název, dávkování atd. Uveďte i medikaci, nepředepsanou lékařem. |
| **9. místo A ZEMĚ narození:**  Uveďte obec a zemi narození. | **celková a lékařská anamnéza:**  Všechny položky pod touto hlavičkou od čísla 101 do 179 včetně by měly obsahovat odpověď „ANO“ nebo „NE“. Měl byste zaškrtnout „ANO“, jestliže jste kdy měl uvedené potíže a popsat je s uvedením přibližného data v políčku (30) poznámky. Všechny položené otázky jsou z lékařského hlediska významné, i když to nemusí být zřejmé.  Položky pod čísly 170–179 se týkají rodinné anamnézy a položky pod čísly 150–151 by měly být vyplněny pouze žadatelkami.  Pokud byly informace uvedeny v předchozí žádosti a váš stav se nezměnil, můžete uvést „Oznámeno dříve, poté žádné změny“. Přesto byste měli zaškrtnout „ANO“ u příslušné otázky.  Neuvádějte náhodná běžná onemocnění, jako je nachlazení. |
| **10. Státní příslušnost:**  Uveďte název země státní příslušnosti. |
| **11. poslední letecko-lékařské vyšetření:**  Uveďte datum (den, měsíc, rok) a místo (město, země). U vstupní žádosti uveďte ´žádná´. |
| **12. Trvalé bydliště nebo doručovací adresa, liší-li se od místa trvalého bydliště:**  Uveďte adresu trvalého bydliště nebo adresu pro doručování, pokud se liší od trvalého bydliště. |
| **16. povolání (HLAVNÍ):**  Uveďte své hlavní zaměstnání. |
| **17. zaměstnavatel:**  Je-li vaším hlavním povoláním pilot/pracovník ŘLP, uveďte zaměstnavatele; zaměstnáváte-li sám sebe, uveďte „SÁM“. |
| **18. VLASTNĚNÉ průkazY způsobilosti (TYP):**  Uveďte typ průkazů, kterých jste držitelem.  Uveďte číslo a zemi vydání.  Nejste-li držitelem žádného průkazu způsobilosti, uveďte ´žádný´. | **31. prohlášení a souhlas k získání a poskytnutí informace:**  Nepodepisujte ani nedatujte toto prohlášení dřív, než vás k tomu vyzve AME/GMP, který bude svědkem a současně se Vám podepíše. |