



## FORMULÁŘ ŽADOSTI O OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

Tuto stranu vyplňte úplně a velkým písmem – viz pokyny pro vyplnění

VÁZANO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM

(1) Stát vydávající průkaz způsobilosti:		(2) Požadováno osvědčení zdravotní způsobilosti: <input type="checkbox"/> třída 1 <input type="checkbox"/> třída 2 <input type="checkbox"/> třída 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Ostatní	
(3) Příjmení:		(4) Dřívější příjmení:	(12) Žádost: <input type="checkbox"/> Vstupní <input type="checkbox"/> Prodloužení platnosti / obnova
(5) Křestní jméno:		(6) Datum narození (dd/mm/yyyy):	(7) Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
(8) Místo a země narození:		(9) Státní příslušnost:	(13) Číslo osvědčení zdrav. způsobilosti/ EAMR ID:
(10) Trvalé bydliště: Ulice a číslo: PSČ a obec: Země: Telefon/Mobil: E-mail:		(11) Poštovní adresa (pokud se liší): Ulice a číslo: PSČ a obec: Země: Telefon/Mobil:	(14) Typ požadovaného průkazu způsobilosti: (15) Povolání (hlavní): (16) Zaměstnavatel: (17) Poslední letecko-lékařské vyšetření: Datum: Místo: Dokončené: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
(18) Vlastněné průkazy způsobilosti (typ): Číslo průkazu: Stát vydání:		(19) Jakékoli omezení v průkazu způsobilosti /osvědčení zdravotní způsobilosti: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Podrobnosti:	
(20) Bylo vám někdy osvědčení zdravotní způsobilosti odmítnuto, pozastaveno nebo zrušeno jakýmkoliv úřadem vydávajícím průkazy způsobilosti? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Datum: Země: Podrobnosti:		(21) Celkový počet letových hodin: Hod: <input type="checkbox"/> N/A	(22) Počet letových hodin od poslední letecko-lékařské prohlídky: Hod: <input type="checkbox"/> N/A
(24) Nějaká letecká nehoda nebo zdravotní událost během výkonu práv udělených průkazem způsobilosti od posledního lékařského vyšetření? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Datum: Země: Podrobnosti:		(23) V současnosti létám na letadle třídy /typu: <input type="checkbox"/> N/A	
(27) Pijete alkohol? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Ano, průměrné množství za týden:		(25) Současný /Zamýšlený druh létání: <input type="checkbox"/> Obchodní <input type="checkbox"/> Neobchodní <input type="checkbox"/> Ostatní <input type="checkbox"/> Jediný pilot <input type="checkbox"/> Vícepilotní posádka	
(29) Kouříte? <input type="checkbox"/> Ne, nikdy <input type="checkbox"/> Ne, přestal jsem / Datum: <input type="checkbox"/> Ano Druh kuřiva a množství:		(26) Současná /Zamýšlená ATC aktivita: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> ADV <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> ACP	
Užíváte drogy? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Ano, uveďte druh:		(28) Užíváte v současnosti nějaké léky? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Ano, uveďte lék, dávku, datum počátku léčby a důvod:	

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

	ANO	NE		ANO	NE		ANO	NE	Rodinný výskyt:	ANO	NE
101 Oční obtíže/ oční operace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112 Poruchy nosu, krku a řeči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123 Malárie nebo jiná tropická nemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170 Srdeční či cévní nemoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 Bryle a/nebo kontaktní čočky někdy nošené	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113 Poranění hlavy nebo bezvědomí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124 Pozitivní test HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171 Vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			114 Časté nebo těžké bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125 Pohlavně přenosné onemocnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172 Vysoká hladina cholesterolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 Změna předpisu brýlí od posledního lékařského vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115 Závratě nebo záchvaty mdlob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126 Porucha spánku/syndrom apnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173 Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			116 Bezvědomí z jakékoli příčiny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127 Svalové a kosterní nemoci/poškození	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174 Duševní nemoci nebo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 Alergie nebo senná rýma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 Neurologické poruchy, mrtvice, epilepsie, křeče, obrny atd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128 Jiné nemoci nebo poranění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175 Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 Astma nebo plicní nemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118 Psychologické/duševní potíže jakéhokoliv druhu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129 Přijetí do nemocnice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176 Tuberkulóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 Srdeční nebo cévní potíže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119 Zneužívání psychoakt. látek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130 Návštěva u praktického lékaře či psychiatra od posledního vyšet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177 Alergie/astma/ekzém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107 Vysoký nebo nízký krevní tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120 Sebevražedný pokus, sebepoškození	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131 Zamítnutí životní pojistky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178 Dědičné nemoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 Ledvinový kámen nebo krev v moči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121 Kinetóza vyžadující léčení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132 Zamítnutí průkazu leteckého/ ŘLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	179 Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109 Diabetes mell., hormonální poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				133 Vyřazení z vojenské služby ze zdravotních důvodů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pouze ženy:</b>		
110 Žaludeční, jaterní, střevní potíže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				134 Přiznání důchodu nebo náhrady po poranění nebo nemoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150 Gynekologické, menstruační problémy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111 Nedoslýchavost nebo ušní problémy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122 Anémie/srpkovitost červených krvinek/jiné poruchy krve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				151. Jste těhotná?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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

**Prohlášení:** Prohlašuji, že jsem výše uvedené otázky zodpověděl pečlivě, pravdivě a správně, nezatajil jsem žádnou relevantní informaci nebo uvedl nepravdivé údaje. Rozumím tomu, že kdybych zatajil, či uvedl nepravdivé prohlášení v této žádosti, nebo neuváděl závažnou zdravotní informaci, potom kompetentní úřad může odmítnout potvrdit moje osvědčení zdravotní způsobilosti nebo mi mohou odejmout jakékoli osvědčení zdravotní způsobilosti podle národního práva.

Prohlašuji, že jsem byl informován a porozuměl jsem, že všechny informace, jež jsem poskytl mému AME a také poskytovány licenčnímu úřadu a jejímu AMS týkající se mé osoby, odborným zdravotnickým pracovníkům a administrativním pracovníkům jako součást letecko-lékařského posouzení sloužící AMS úřadu, kdy dokumentace či elektronická verze umožňují zkompletovat a dohlížet na posuzovací proces AMS dle národních zákonů. Lékařské tajemství bude stále zachováváno.

**Poznámka k deklaraci osobních dat:** Prohlašuji, že jsem byl informován a porozuměl jsem, že údaje uvedené v osvědčení zdravotní způsobilosti v souladu s ustanovením ARA.MED.130, či ATCO.AR.F.005 Nařízení (EU) 2015/340 může být archivováno elektronicky, aby byly k dispozici pro mého AME k porovnání v čase dle článku MED.A.035 (b) (2)(ii)/(iii), či pokud je to aplikovatelné dle článku ATCO.MED.A.035 (B) (2) (ii) nebo ATCO.MED.A.035 (b) (iii) pro AMS členského státu k posílení článku ARA.MED.150(c)(4).

Datum	Podpis žadatele	Podpis AME/(posudkového lékaře)
<b>1. ÚŘAD VYDÁVÁJÍCÍ PRŮKAZY ZPŮSOBILOSTI:</b> Uveďte jméno země, jež vydala průkaz způsobilosti pilota nebo ATCO nebo kde průkaz nebyl vydán, ale země, kde žadatel předpokládá, že bude vydávat jeho průkaz způsob.	<b>17. POSLEDNÍ ŽÁDOST O OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI:</b> Uveďte datum (den, měsíc, rok) a místo (město, země). U vstupní žádosti uveďte 'ŽÁDNÁ'.	
<b>2. POŽADOVÁNO OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI:</b> Toto příslušné políčko se vztahuje k danému příslušný typ průkazu, např. 1. třída, 2. třída nebo 3. třída či LAPL	<b>18. VLASTNĚNÉ PRŮKAZY ZPŮSOBILOSTI (TYP):</b> Uveďte typ průkazů, kterých jste držitelem. Uveďte číslo a zemi vydání. Nejste-li držitelem žádného průkazu způsobilosti, uveďte 'ŽÁDNÝ'.	
<b>3. PŘÍJMENÍ:</b> Uveďte příjmení/rodné jméno	<b>19. OMEZENÍ PRŮKAZU ZPŮSOBILOSTI/OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI:</b> Zaškrtněte příslušné políčko a uveďte podrobnosti o jakémkoliv omezení ve vašem průkazu způsobilosti/osvědčení zdravotní způsobilosti, např. vidění, barvocit, bezpečnostní pilot atd.	
<b>4. DŘÍVĚJŠÍ PŘÍJMENÍ:</b> Pokud se vaše příjmení nebo rodné jméno z nějakého důvodu změnilo, uveďte dřívější příjmení.	<b>20. ODMÍTNUTÍ, POZASTAVENÍ NEBO ZRUŠENÍ OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI:</b> Zaškrtněte políčko „ANO“, pokud vám bylo někdy osvědčení zdravotní způsobilosti odmítnuto, pozastaveno nebo zrušeno, i když jen dočasně. V případě odpovědi 'ANO' uveďte datum (dd/mm/yyyy) a zemi, ve které se tak stalo.	
<b>5. KŘESTNÍ JMÉNA:</b> Uveďte první a prostřední jméno (maximálně tři).	<b>21. CELKOVÝ POČET LETOVÝCH HODIN:</b> Uveďte celkový počet nalétaných hodin. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A	
<b>6. DATUM NAROZENÍ:</b> Uveďte v pořadí dd/mm/yyyy.	<b>22. POČET LETOVÝCH HODIN OD POSLEDNÍ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY:</b> Uveďte počet nalétaných hodin od poslední lékařské prohlídky. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A	
<b>7. POHLAVÍ:</b> Zaškrtněte příslušné políčko.	<b>23. V SOUČASNOSTI LÉTÁM NA LETADLECH TŘÍDY/TYPU:</b> Uveďte název hlavního letadla, na kterém v současnosti létáte, např. Boeing 737, Cessna 150 atd. Pro příslušníky ŘLP zaškrtněte políčko N/A	
<b>8. MÍSTO NAROZENÍ:</b> Uveďte obec a zemi narození.	<b>24. NĚJAKÁ LETECKÁ NEHODA /NEBO ZDRAVOTNÍ UDÁLOST BĚHEM VÝKONU PRÁV UDĚLENÝCH PRŮKAZEM ZPŮSOBILOSTI OD POSLEDNÍHO LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ</b> Pokud je zaškrtnuto políčko „ANO“, uveďte datum (dd/mm/yyyy) a ke k události došlo. Uveďte detaily	
<b>9. STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST:</b> Uveďte název země státní příslušnosti.	<b>25. SOUČASNÁ/ZAMÝŠLENÁ PILOTNÍ AKTIVITA:</b> Zaškrtněte odpovídající aktivitu během certifikačního období: Obchodní, Neobchodní, Ostatní Jednopilotní nebo vícepilotní	
<b>10. TRVALÉ BYDLIŠTĚ:</b> Uveďte adresu trvalého bydliště a zemi. Udejte oblastní telefonní kód a číslo.	<b>26. SOUČASNÁ /ZAMÝŠLENÁ ATC AKTIVITA:</b> Zaškrtněte odpovídající aktivitu během certifikačního období, např. ADI, APS, ACS...	
<b>11. POŠTOVNÍ ADRESA:</b> Pokud se liší od trvalého bydliště, uveďte úplnou poštovní adresu, včetně telefonního čísla. Je-li stejná, uveďte „STEJNÁ“.	<b>27. PIJETE ALKOHOL NEBO UŽÍVÁTE DROGY?</b> Zaškrtněte příslušné políčko. Pokud ano, uveďte týdenní konzumaci, např. 2 litry piva.	
<b>12. ŽÁDOST:</b> Zaškrtněte příslušné políčko.	<b>28. UŽÍVÁTE V SOUČASNOSTI NĚJAKÉ LÉKY?</b> Pokud „ANO“, uveďte podrobnosti – název, dávkování atd. Uveďte i medikaci, nepředepsanou lékařem.	
<b>13. REGISTRAČNÍ ČÍSLO OSVĚDČENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI (OZZ) /EAMR ID:</b> Uveďte číslo OZZ vydané úřadem/nebo EAMR ID, které Vám přidělil úřad vydávající průkazy způsobilosti. Ti, kdo žádají poprvé, uvedou „ŽÁDNÉ“.	<b>29. KOUŘÍTE?</b> Zaškrtněte příslušné políčko. Uveďte, jaký druh kuřiva v současnosti kouříte (cigarety, doutníky, dýmku) a množství (např. 2 doutníky denně, dýmku – čtvrt kila týdně).	
<b>14. TYP POŽADOVANÉHO PRŮKAZU ZPŮSOBILOSTI:</b> Uveďte druh požadovaného průkazu podle následujícího seznamu:  Průkaz způsobilosti dopravního pilota Průkaz způsobilosti pilota ve víceletné posádce Průkaz způsobilosti obchodního pilota / přístrojová kvalifikace Průkaz způsobilosti obchodního pilota  Průkaz způsobilosti řídicího 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 Průkaz způsobilosti ŘLP	<b>CELKOVÁ A LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA:</b>  Všechny položky pod touto hlavičkou od čísla 101 do 179 včetně by měly obsahovat odpověď „ANO“ nebo „NE“. Měli 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.	
<b>15. POVOLÁNÍ (HLAVNÍ):</b> Uveďte své hlavní zaměstnání.	<b>31. PROHLÁŠENÍ O OZNÁMENÍ OSOBNÍCH DAT:</b> Nepodepisujte ani nedatujte toto prohlášení dřív, než vás k tomu vyzve AME/GMP, který bude svědkem a současně se Vám podepíše.	
<b>16. ZAMĚSTNAVATEL:</b> Je-li vaším hlavním povoláním pilot/pracovník ŘLP, uveďte zaměstnavatele; zaměstnáváte-li sám sebe, uveďte „SÁM“.		