

**VAROVAN OSEBNI PODATEK**

(1) Država izdaje licence:		(2) Razred zdravniškega spričevala, za katerega zaprošam: <input type="checkbox"/> Prvi (1) <input type="checkbox"/> Drugi (2) <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Tretji (3) (ATCO) <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Drugo:	
(3) Priimek:	(4) Prejšnji priimek ali priimki:		(12) Pregled: <input type="checkbox"/> Prvi/začetni <input type="checkbox"/> Ponovni ali obnovitev
(5) Ime:	(6) Datum rojstva:	(7) Spol <input type="checkbox"/> Moški <input type="checkbox"/> Ženski	(13) Referenčna številka:
(8) Kraj in država rojstva:	(9) Državljanstvo:		(14) Pilotska licenca, za katero zaprošam:
(10) Stalno prebivališče: Država: Telefon: GSM: E-naslov:	(11) Poštni naslov (če se razlikuje od stalnega): Država: Telefon:		(15) Poklic (osnovni):
			(16) Delodajalec:
			(17) Zadnji zdravniški pregled: Datum: Kraj:
(18) Vrsta(-e) pilotske(-ih) licenc(-e): Številka(-e) licenc(-e):		(19) Omejitve licenc(-e) ali zdravniškega spričevala: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Podrobnosti:	
(20) Ali ste bili na zdravniškem pregledu že kdaj negativno ocenjeni, ali je bilo zdravniško spričevalo razveljavljeno ali preklicano? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Datum: Kraj: Podrobnosti:		(21) Skupni čas letenja: ur: n/a: <input type="checkbox"/>	(22) Nalet od zadnjega zdravniškega pregleda: ur: n/a: <input type="checkbox"/>
		(23) Razred ali tip zrakoplova, s katerim pretežno letim: n/a: <input type="checkbox"/>	
		(24) Kakršna koli letalska nesreča ali incident od zadnjega zdravniškega pregleda? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Datum: Kraj: Podrobnosti:	
(25) Vrsta nameravanega letenja (komercialno/nekomercialno): n/a: <input type="checkbox"/>		(26) Trenutna letalska aktivnost: <input type="checkbox"/> enopilotno (SP) <input type="checkbox"/> večpilotno (MP) Trenutna ATCO aktivnost: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS	
(27) Ali zauživaste alkohol? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da, količina v enotah na teden:		(28) Ali trenutno prejimate/zauživaste kakršnakoli zdravila? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Navedite zdravila, odmerek in začetek jemanja:	
(29) Ali kadite tobak? <input type="checkbox"/> Ne, nikoli <input type="checkbox"/> Ne, datum prenehanja: <input type="checkbox"/> Da, vrsta in količina:			

Da Ne Da Ne Da Ne Družinska anamneza: Da Ne

101 Težave z očmi / operacije oči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112 Nos, žrelo, težave z govorom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124 Pozitiven HIV-test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170 Bolezen srca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 Nošenje očal in/ali kontaktnih leč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113 Poškodba glave ali nezavest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125 Spolna nalezljiva bolezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171 Visok krvni tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			114 Pogosti ali močni glavoboli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126 Motnje spanja / apnea sindrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172 Zvišan holesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 Sprememba dioptrije očal od zadnjega pregleda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115 Omotica ali omedlevica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127 Mišičnoskeletne bolezni / oslavitve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173 Epilepsija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			116 Izguba zavesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128 Kakršna koli bolezen/poškodba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174 Duševna bolezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 Seneni nahod, druge alergije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 Nevrološke motnje: infarkt, epilepsija, krči, paraliza ipd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129 Sprejem v bolnišnico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175 Sladkorna bolezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 Astma ali druge pljučne bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				130 Obisk pri zdravniku od zadnjega zdravniškega pregleda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176 Tuberkuloza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 Težave s srcem ali ožiljem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118 Psihološke ali psihiatrične težave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131 Zavrnjeno življenjsko zavarovanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	177 Alergije / astma / ekcem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107 Visok ali nizek krvni tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119 Alkoholizem/zloraba drog ali substanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132 Zavrnjena izdaja pilotske/ATCO licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	178 Dedna bolezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 Ledvični kamen, kri v urinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120 Poizkus samomora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				179 Glavkom (zelena mrena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109 Sladkorna bolezen, hormonske motnje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121 Morska bolezen, ki jo je treba zdraviti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133 Zdravstvena zavrnitev za vojaško službo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samo za ženske:		
110 Trebušne, jetrne ali črevesne težave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122 Slabokrvnost/srpastocelična anemija/druga krvne motnje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134 Pridobitev invalidnine ali odškodnine za poškodbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150 Ginekološko menstrualne težave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111 Naglušnost, težave s sluhom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123 Malaria ali druga tropska bolezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				151 Ali ste noseči?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) **Opombe:** Če ni bilo sprememb navedite, da ni bilo sprememb od zadnjega zdravniškega pregleda:

(31) Izjava: S tem izjavljam, da sem pozorno pretehtal trditve, ki sem jih navedel zgoraj in so po vsem mojem prepričanju popolne in točne ter da nisem zamočil kakšnega pomembnega podatka ali navedel zavajajoče trditve. Razumem in sprejemam dejstvo, da lahko zaradi navedb lažnih ali zavajajočih trditve, v zvezi s tem vprašalnikom, licenčni organ zavrne izdajo zdravniškega spričevala ali preklicje že izdano zdravniško spričevalo, brez možnosti pritožbe, v skladu z veljavnimi nacionalnimi predpisi.

Prilogleitev v dajanje zdravstvenih podatkov: S tem dovoljujem, da se posredujejo zdravstveni podatki, ki jih vsebuje to poročilo in priloge, AME oziroma, če je to potrebno, zdravstvenemu ocenjevalcu licenčnega organa. Podatki se bodo uporabili v papirni ali elektronski obliki izključno zaradi ocene zdravstvenega stanja. Podatke hrani in je v lasti licenčnega organa, dostop do njih pa imava mo pooblaščen zdravnik in jaz, v skladu z nacionalnimi predpisi. Zaupnost zdravstvenih podatkov se mora vedno upoštevati.

Datum	Podpis vlagatelja	Podpis AME/Zdravstveni ocenjevalec
-------	-------------------	------------------------------------

NAVODILA ZA IZPOLNITEV VPRAŠALNIKA ZA IZDAJO ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA

Vprašalnik za izdajo zdravniškega spričevala in vsa priložena zdravniška poročila in dokumenti bodo posredovani licenčnemu organu. Zaupnost zdravstvenih podatkov se ves čas upošteva.

Vlagatelj sam v celoti izpolni in odgovori na vsa vprašanja, ki jih vprašalnik zahteva. Pisava mora biti čitljiva in napisana z velikimi tiskanimi črkami z uporabo kemičnega svinčnika. Prav tako je sprejemljivo, če je vprašalnik natisnjen / natipkan. Če za dodatne obrazložitve potrebujete dodatni prostor, lahko za ta namen uporabite navaden papir, na katerega napišete svoje ime in datum pisanja ter se podpišite. Navodila, označena s številkami, veljajo za oštevilčene dele vprašalnika za izdajo zdravniškega spričevala.

V primeru, da vprašalnika ne izpolnite v celoti ali je ta nečitljiv, lahko privede do zavrnitve vprašalnika za izdajo zdravniškega spričevala. Napačne ali zavajajoče izjave oziroma nerazkritje informacij, ki so pomembna za obravnavno, lahko privede do sprožitve postopka za pregon kaznivnega dejanja, zavrnitev obravnave tega vprašalnika in/ali razveljavitev zdravniškega spričevala.

1. LICENČNI ORGAN: Navedite državo, ki vam je izdala oziroma bo izdala licenco, saj se ta vprašalnik pošlje navedeni državi.	17. ZADNJI ZDRAVNIŠKI PREGLED: Navedite datum (dd/mm/llll) in kraj (mesto, država) Vlagatelj za prvo zdravniško spričevalo navedite »NONE«.
2. ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO, ZA KATEREGA SE ZAPROŠA: Označite vrsto zdravniškega spričevala za katerega zaprošate, npr.: Razred 1: Poklicni / komercialni pilot Razred 2: Športni / zasebni pilot Razred 3: Kontrolor zračnega prometa (ATCO) Razred LAPL: Pilot lahkega zrakoplova Kabinsko osebje: CC Drugo: navedite	18. VRSTA PILOTSKE(-IH) LICENC(-E): Navedite vrsto(-e) licenc(-e), katerih imetnik ste. Vpišite številko licence in državo izdaje licence Če niste imetnik licence, navedite »NONE«.
3. PRIIMEK: Navedite priimek.	19. KATEREKOLI OMEJITVE V LICENCI(-AH) / ZDRAVNIŠKEM SPRIČEVALU: Označite ustrezni prostor in navedite podatke o omejitvi(-ah) na licenci(-ah)/zdravniškem spričevalu, npr.: varnostni pilot, VDL...
4. PREJŠNJI PRIIMEK(-KI): V primeru, da se je vaš priimek spremenil, zaradi kateregakoli razloga, ga napišite.	20. ZAVRNITEV, RAZVELJAVITEV ALI PREKLIC ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA Označitev »DA« če ste bili kdaj negativno ocenjeni na zdravniškem pregledu ali je bilo vaše zdravniško spričevalo razveljavljeno ali preklicano, tudi če le začasno. Če je vaš odgovor »DA«, navedite še državo in datum (dd/mm/llll).
5. IME(-NA): Navedite ime in srednje ime (največ tri).	21. SKUPNI ČAS LETENJA: Navedite skupni čas letenja (izraženo v urah) v različnih kategorijah zrakoplovov.
6. DATUM ROJSTVA: Navedite datum rojstva na naslednji način dd/mm/llll.	22. ČAS LETENJA OD ZADNJEGA ZDRAVNIŠKEGA PREGLEDA: Navedite število ur letenja od zadnje zdravniškega pregleda po kategoriji zrakoplova, ali, za ATCO označite n/a.
7. SPOL: Ustrezno označite spol.	23. RAZRED/TIP ZRAKOPLOVA, KI SE PRETEŽNO LETI Navedite naziv zrakoplova in tipa, ki ga pretežno letetite, npr. B737, Cessna 150,... oziroma, za ATCO označite n/a.
8. KRAJ IN DRŽAVA ROJSTVA: Navedite kraj in državo rojstva.	24. LETALSKA NESREČA ALI INCIDENT MED IZVAJANJEM PRIVILEGIJEV LICENCE OD ZADNJEGA ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA Označite »DA«, če je do takšnega dogodka prišlo in navedite datum (dd/mm/llll) in države nesreče/incidenta/zdravstvenega stanja.
9. DRŽAVLJANSTVO: Navedite vaše državljanstvo.	25. TRENUTNA/NAMERAVANA PILOTSKA AKTIVNOST Navedite aktivnost, v kateri ste udeleženi, npr. linijsko letenje, čarter, enočlanske operacije, komercialni zračni prevoz, prevoz potnikov, poljedelska dejavnost, športno letenje, oziroma za ATCO označite N/A.
10. STALNO PREBIVALIŠČE: Navedite stalni naslov in državo. Vpišite telefonsko številko in telefonsko številko mobilnega telefona.	26. TRENUTNA AKTIVNOST (PILOT/ATCO): Ustrezno označite ali letite v enočlanski (SP) ali veččlanski posadki (MP), v primeru ATCO, označite ali delujete kot ADI, APS ali ACS.
11. NASLOV ZA VROČANJE (ČE OBSTAJA): Če je naslov za vročanje drugačen od naslova stalnega prebivališča, navedite naslov za vročanje, vključno s telefonsko številko in krajevno oznako. Če je naslov isti kot stalno prebivališče, vpišite »ISTI«.	27. ALI ZAUŽIVATE ALKOHOL ALI DROGE? Ustrezno označite. Če označite »DA«, navedite tedensko zaužitje alkohola, npr. 2 litra piva...
12. PREGLED: Ustrezno označite ali gre za prvi pregled ali za ponovni oziroma obnovitveni.	28. ALI TREUTNO JEMLJETE ZDRAVILA? Če »DA«, navedite celotne informacije – naziv, kolikokrat jih uživate in kdaj, itd. Navedite tudi katerakoli zdravila, ki niso predpisana.
13. REFERENČNA ŠTEVILKA: Navedite referenčno številko, ki jo je določil licenčni organ. Vlagatelj zahteve za prvo izdajo zdravniškega spričevala navedejo »NONE«.	29. ALI KADITE TOBAK? Ustrezno označite. Kadičil označijo tip (cigareti, cigare, pipe) in količino (npr. dnevno dve cigari, ena pipa na teden,...).
14. VRSTA LICENCE: Navedite vrsto licence, za katero zaprošate: Licenca prometnega pilota (ATPL) Licenca pilota v veččlanski posadki (MPL) Licenca poklicnega pilota/Rating za instrumentalno letenje (CPL/IR) Licenca poklicnega pilota (CPL) Kontrolor zračnega prometa (ATCO) Licenca športnega pilota/ Rating za instrumentalno letenje (PPL/IR) Licenca športnega pilota (PPL) Licenca pilota jadralnega letala (SPL) Licenca pilota balona (BPL) Licenca pilota lahkega zrakoplova (LAPL) Drugo – Obrazložite/navedite	SPLOŠNA IN ZDRAVSTVENA ZGODOVINA Vsa vprašanja oziroma zahtevani podatki, ki so navedeni od številke 101 do vključno 179 morajo biti označeni z »DA« ali »NE«. Z »DA« označite, če ste kadar koli v življenju imeli opisano zdravstveno stanje in ga v polju (30) »Opombe« opišite in navedite (ocenjen) datum/obdobje, ko ste takšno stanje doživeli. Čeprav ni očitno, so vsa zastavljena vprašanja pomembna za izvedbo celovite zdravstvene ocene. Vprašanja oštevilčena od 170 do 179 se navezujejo na družinsko zgodovino, medtem kot se vprašanja od 150 do 151 nanašajo izključno na vlagateljice. Če so bila vprašanja sporočena že na predhodnem vprašalniku za izdajo zdravniškega spričevala in od tedaj ni bilo nobenih sprememb, navedite »Ni sprememb od zadnjega zdravniškega pregleda«. Vsekakor morate pri ustreznem vprašanju odgovoriti z »DA«.
15. POKLIC (OSNOVNA): Navedite vašo glavno zaposlitev.	Običajnih bolezni, kot so prehladi, ne navajajte na vprašalnik.
16. DELODAJALEC: Če je osnovni poklic pilot/ATCO, navedite naziv delodajalca, če ste samozaposleni, navedite »samozaposlen«.	31. IZJAVA IN OBVESTILO O DAJANJU OSEBNIH PODATKOV: Ne podpišite ali datirajte te izjave dokler vam tako ne naroči AME/GMP, ki deluje kot priča in ustrezno podpiše izjavo.