



Fyll i denna sida fullständigt. Texta! - För detaljer hänvisas till instruktionssidorna.

Sekretesslagen (1980:100) skall beaktas

1. JAA-stat som ansökan gäller: <i>Sverige</i>		2. Klass av medicinskt intyg som ansökan gäller: <input type="checkbox"/> Klass 1 <input checked="" type="checkbox"/> Klass 2 <input type="checkbox"/> Annan	
3. Efternamn: <i>Flygare</i>		4. Tidigare efternamn:	
5. Förnamn: <i>Kalle</i>		6. Födelsedatum: <i>5/2 1936</i>	
8. Födelseland och födelseort: <i>Sverige Söder</i>		9. Nationalitet: <i>Svensk</i>	
10. Stadigvarande adress: <i>Askv. 38</i>		11. Postadress (om annan än den stadigvarande adressen):	
Land: <i>Sverige</i>		Land:	
E-postadress: <i>Kalle@telia.com</i>		Telefonnummer: <i>08-7780906</i>	
18. Flygcertifikat som innehas (typ): <i>UL-cert</i>		Certifikatnummer: <i>SE 260205-0377</i>	
		Utfärdat i (land): <i>Sverige</i>	
20. Har Du någon gång av en certifikatutfärdande myndighet nekats, fått upphävt eller fått återkallat ett medicinskt intyg för flygning <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land: Detaljer:		12. Ansökan: <input type="checkbox"/> Förstagångs <input checked="" type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse	
		13. Personnummer: <i>360205-0377</i>	
		14. Typ av certifikat som önskas: <i>UL</i>	
		15. Sysselsättning (huvudsaklig): <i>penzionär</i>	
		16. Arbetsgivare: <i>/</i>	
		17. Senaste ansökan om medicinskt intyg: Datum: <i>1/2-2007</i> Ort: <i>Tullinge</i>	
		19. Några begränsningar av certifikatet/det medicinska intyget: <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/> Ja <i>Sverige</i> Detaljer:	
		21. Totalt antal flygtimmar: <i>806</i>	
		22. Antal flygtim. efter den senaste flygläkarundersökningen: <i>22</i>	
		23. Luftfartyg som Du för närvarande flyger: <i>UL</i>	
24. Har Du sedan den senaste flygläkarundersökningen varit inblandad i någon olycka/incident med luftfartyg? <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Datum: Land: Detaljer:		25. Typ av flygning som avses: <i>UL privat</i>	
		26. Flygverksamhet för närvarande: <input checked="" type="checkbox"/> Enpilot <input type="checkbox"/> Flerpilot	
27. Alkohol - ange genomsnittligt veckointag: <i>1 flaskavin</i>		28. Brukar Du för närvarande någon medicin? <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ange läkemedel, dosering, datum då medicineringen startade och anledning:	
29. Röker Du <input checked="" type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Nej, slutat röka år: <input type="checkbox"/> Ja Ange typ och mängd:			

Allmän och medicinsk bakgrund: Har Du haft något av det följande? Varje fråga måste besvaras med ett JA eller ett NEJ (eller i enlighet med vad som anges). Ja-svar ska utvecklas närmare i fältet för anmärkningar.

	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
101 Ögonbesvär/Ögonoperation		<input checked="" type="checkbox"/>	113. Skallskada eller hjärnskakning?		<input checked="" type="checkbox"/>	124. Ett positivt HIV-test		<input checked="" type="checkbox"/>	Endast för kvinnor		
102. Har Du burit glasögon eller kontaktlinser?		<input checked="" type="checkbox"/>	114. Ofta förebygg. eller svår huvudvärk		<input checked="" type="checkbox"/>	125. Någon sexuellt överförd sjukdom?		<input checked="" type="checkbox"/>	150. Gynekologiska besvär, menstruationsbesvär?		
103. Har receptet för glasögon eller kontaktlinser ändrats sedan den senaste läkarundersökningen?		<input checked="" type="checkbox"/>	115. Yrsel- eller svimningsanfall?		<input checked="" type="checkbox"/>	126. Intagning på sjukhus		<input checked="" type="checkbox"/>	151. Är Du gravid?		
104. Allergi eller hörsnuva?		<input checked="" type="checkbox"/>	116. Medvetlöshet av någon anledning?		<input checked="" type="checkbox"/>	127. Någon annan sjukdom eller skada?		<input checked="" type="checkbox"/>	Sjukdomar i släkten		
105. Astma eller lungsjukdom?		<input checked="" type="checkbox"/>	117. Neurologiska rubbningar: Stroke, epilepsi, kramper, förlamningar, etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>	128. Besök hos legitimerad läkare sedan senaste flygläkarundersökningen?		<input checked="" type="checkbox"/>	170. Hjärtsjukdom?		
106. Hjärt- eller kärlbesvär?		<input checked="" type="checkbox"/>	118. Psykiska rubbningar av något slag: depression, ångest etc.?		<input checked="" type="checkbox"/>	129. Har Du nekats livförsäkring?		<input checked="" type="checkbox"/>	171. Högt blodtryck?		
107. Högt eller lågt blodtryck?		<input checked="" type="checkbox"/>	119. Missbruk av alkohol, droger eller andra psykoaktiva substanser?		<input checked="" type="checkbox"/>	130. Har Du nekats flygcertifikat?		<input checked="" type="checkbox"/>	172. Höga kolesterolvärden?		
108. Njursten eller blod i urinen?		<input checked="" type="checkbox"/>	120. Självmoordsförsök?		<input checked="" type="checkbox"/>	131.		<input checked="" type="checkbox"/>	173. Epilepsi?		
109. Sockersjuka, hormonrubbningar?		<input checked="" type="checkbox"/>	121. Åksjuka som kräver medicinering?		<input checked="" type="checkbox"/>	132. Har Du på medicinska grunder avisats från att påbörja eller fullfölja militärtjänstgöring?		<input checked="" type="checkbox"/>	174. Psykisk sjukdom?		
110. Besvär från magtarmkanalen eller levern?		<input checked="" type="checkbox"/>	122. Blodbrist, sicklecellsanemi eller andra blodsjukdomar?		<input checked="" type="checkbox"/>	133. Har Du tilldelats pension eller skadeersättning efter skada eller sjukdom?		<input checked="" type="checkbox"/>	175. Diabetes?		
111. Hörselnedsätt. eller öronsjukdom?		<input checked="" type="checkbox"/>	123. Malaria eller annan tropisk sjukdom?		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	176. Tuberkulos?		
112. Näs- eller halsbesvär, talrubbningar?		<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	177. Allergi, astma eller eksem?		
								<input checked="" type="checkbox"/>	178. Årftliga sjukdomar?		
								<input checked="" type="checkbox"/>	179. Glaukom (grön starr)?		

30. Anmärkningar: Om tidigare meddelad och ingen förändring har ägt rum, ange detta.

31. Försäkran: Jag intygar härmed att jag noggrant har övervägt de ovanstående uppgifterna och att de så vitt jag vet är fullständiga och korrekta och att jag inte har undanhållit någon information av betydelse eller lämnat några vilseledande uppgifter. Jag är införstådd med att myndigheten, om jag har lämnat några felaktiga eller vilseledande uppgifter i samband med denna ansökan eller om jag inte kommer in med begärda kompletteringshandlingar kan vägra att bevilja mig ett medicinskt intyg eller återkalla ett redan beviljat medicinskt intyg. SAMTYCKE TILL UTLÄMNANDE AV MEDICINSK INFORMATION: Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till flygläkaren, luftfartsmyndigheten och, när så är nödvändigt, den flygmedicinska enheten i en annan JAA medlemsstat, och jag godkänner att dessa dokument eller eventuell annan elektronisk lagrad information får användas som underlag för medicinsk bedömning, förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till dem enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av sekretesslagen (1980:100).

L 1630-5

4/2-2009

Datum

Kalle Flygare

Sökandens underskrift

[Signature]

Flygläkarens underskrift