



Søknadsskjema for legeattest til luftfartssertifikat

Fortrolige helseopplysninger

(1) Utstedelsesland:		(2) Legeattest det søkes om:		<input type="checkbox"/> Kl. 1	<input type="checkbox"/> Kl. 2	<input type="checkbox"/> LAPL	<input type="checkbox"/> Kl. 3	<input type="checkbox"/> Kabin	<input type="checkbox"/> Annet:
(3) Etternavn:		(4) Tidligere etternavn:		(12) Søknad: <input type="checkbox"/> Førstegangs <input type="checkbox"/> Fornyelse/forlengelse					
(5) Fornavn:		(6) F-nr (11 siffer):		(7) Kjønn: <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne		(13) Ref nr (pers med utenlandsk sertifikat):			
(8) Fødested/Land:		(9) Nasjonalitet:		(14) Sertifikat det søkes om:					
(10) Bostedsadresse:		(11) Postadresse (hvis annen enn bosted):		(15) Yrke:					
Telefonnummer: Mobil nr: E-post:		Telefonnummer:		(16) Arbeidsgiver:					
(18) Innehaver av sertifikattype:		Sertifikatnummer:		Utstedelsesland:		(17) Siste flymedisinske undersøkelse: Dato: Sted:			
(20) Er du noen gang tidligere vurdert som helsemessig uskikket til å inneha legeattest for flyging eller har du fått legeattest suspendert eller tilbak trukket fra en luftfartsmyndighet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Dato: Land: Årsak:				(19) Evt. begrensninger/dispensasjoner i sertifikatets/legeattestens rettigheter: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja I tilfelle hvilke:					
(24) Har du hatt flyuhell eller rapportert næruhell siden forrige legeundersøkelse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Dato: Sted: Omstendigheter:				(21) Totalt antall flytimer:		(22) Antall flytimer siden siste legeundersøkelse:			
(27) Alkohol, antall enheter pr. uke i gjennomsnitt: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, mengde:				(23) Flytype:					
(28) Bruker du noen form for legemidler Oppgi i tilfelle type legemiddel og grunnen til bruken: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				(25) Formål med lufttjenesten:					
				(26) Nåværende flygende aktivitet: <input type="checkbox"/> Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot Nåværende flygeleder aktivitet: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS		(29) Bruker du tobakk/snus? <input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Evt slutt dato: <input type="checkbox"/> Oppgi type tobakk/snus og mengde:			

Generelle opplysninger og sykehistorie: Har du eller har du hatt noen av de nedenfor nevnte tilstander? Kryss av ja eller nei for spørsmålene, eventuelt gi utdypende opplysninger i merknadsfeltet nedenfor.

	Ja	Nei		Ja	Nei		Ja	Nei		Ja	Nei
(101) Øyesykdom/øyeoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Nese-, hals- eller taleforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria eller andre tropesykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sykdom i slekten: (170) Hjertesykdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (171) Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (172) Høyt kolesterol (lipider) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (173) Epilepsi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (174) Psykiatrisk sykdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (175) Sukkersyke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (176) Tuberkulose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (177) Allergi/astma/eksem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (178) Arvelig sykdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (179) Glaukom (grønn stær) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(102) Har du benyttet eller benytter du briller eller kontaktlinser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Hodeskade, hjernesrystelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positiv HIV-test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(103) Har du skiftet brille- (linse-) styrke siden siste flymedisinske undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Hyppig eller alvorlig hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Seksuelt overførbare sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(104) Hørsnue, annen allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Svimmelhet, besvimelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Søvnproblemer/-apné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(105) Astma, lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bevisstløshet, alle former	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Muskelsykdom/-svækkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(106) Hjertesykdom, karsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Nevrologisk sykdom, slag, epilepsi, anfall, lammelser etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Annen sykdom eller skade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(107) Høyt eller lavt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psykiatrisk sykdom, psykologiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Innleggelse på sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(108) Nyresten, blod i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alkohol-/tabletter-/stoffmisbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Legebesøk siden siste flymedisinske undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(109) Sukkersyke, hormonsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Selvmordsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Avslag på utbetaling av livsforsikring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(110) Mage-, lever- eller tarmsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Bevegelsesyke som er behandlet med legemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Avslag på søknad om flysertifikat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(111) Døvhørelse, øresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anemi, annen blodsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Underkjent til militærtjeneste av medisinske grunner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						(134) Godtgjørelse eller pensjon for skade eller sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(30) Merknader:

(31) Erklæring: Jeg erklærer herved at jeg har nøye vurdert uttalelsene ovenfor og de etter min beste overbevisning er fullstendig og korrekt, og at jeg ikke har holdt tilbake relevant informasjon eller gjort noe misvisende utsagn. Jeg forstår at hvis jeg har avgitt falske eller villedende utsagn i forbindelse med denne søknaden, eller har tilbakeholdt medisinsk informasjon, kan Luftfartstilsynet nekte å utstede en legeattest eller trekke tilbake legeattest gitt tidligere, uten at det berører andre tiltak gjeldende i henhold til nasjonal lovgivning.

Samtykkeerklæring: Jeg samtykker i at samtlige opplysninger i foreliggende søknad med vedlegg kan forelegges oppnevnt flylege, flymedisinske senter og Flymedisinsk seksjon, og hvor nødvendig i annen stat. Jeg godkjenner at informasjonen brukes for medisinsk vurdering og vil forbli Luftfartstilsynets eiendom.

Dato	Søkerens underskrift	Flylegens underskrift	Flylegens navn og adresse:	Tel: Faks: HPR-nr.:
------	----------------------	-----------------------	----------------------------	---------------------------