

UMSÓKN UM HEILBRIGÐISVOTTORÐ

Ljúkið þessari síðu – skrifið með hástöfum – Sjá leiðbeiningar á sérblaði.

TRÚNAÐARMÁL

(1) Útgáfuríki skírteinis:		(2) Flokkur heilbrigðisvottorðs sem sótt er um:		1.fl. ☐	2.fl. ☐	LAPL ☐	Annað ☐
(5) Skírnarnöfn:		(4) Fyrri eftirnöfn (ef við á):		(12) Umsókn			
				Fyrsta umsókn ☐ Framlenging / Endurnýjun ☐			
(3) Föðurnafn/Eftirnafn:		(6) Kennitala:	(7) Kyn:	(13) Skírteinisnúmer:			
			Karl ☐ Kona ☐				
(8) Fæðingarstaður og land:		(9) Þjóðerni:		(14) Fyrir hvaða tegund skírteinis:			
(10) Heimilisfang:		(11) Póstfang (ef annað en heimilisfang)		(15) Aðalstarf:			
Land: Símanúmer: Farsímanúmer: E-mail:		Land: Símanúmer:		(16) Vinnuveitandi:			
				(17) Síðasta heilbrigðis skoðun: Dags: Staður:			
(18) Tegund núverandi skírteinis: Skírteinisnúmer: Útgáfuríki:		(19) Einhverjar takmarkanir á skírteini/heilbrigðisvottorði: Nei ☐ Já ☐ Skýring:					
(20) Hefur þér verið neitað um heilbrigðisvottorð í einhverju ríki, það fellt úr gildi um tíma eða afturkallað af flugmálafyrirvöldum ? Nei ☐ Já ☐ Dags.: Ríki: Skýring:				(21) Heildarflugtímar:		(22) Flugtímar frá síðustu skoðun:	
				(23) Flokkur-/ tegund loftfars sem nú er flogið:			
(24) Hefur þú lent í flugslysum og/eða flugóhöppum frá síðustu heilbrigðis skoðun: Nei ☐ Já ☐ Dags.: Staður: Skýrið:				(25) Tegund flugs sem áætlað er að stunda			
				(26) Núverandi tegund flugs stundað: Einn flugmaður ☐ Fjölstjórnarlotffar ☐			
(27) Drekkur þú áfengi? - Nei ☐ Já ☐ Hversu mikið:		(28) Notar þú lyf að staðaldrí? Nei ☐ Já ☐ Tilgreinið lyf, skammta og hvenær lyfjataka hófst og hvers vegna					
(29) Reykir þú tóbak? ☐ Nei, aldrei ☐ Nei, hvenær hætt: Já ☐ Tegund tóbaks og magn:							

Sjúkra- og heilsufarssaga: Á eitthvert eftirfarandi atriðið við um þig? Merkja skal JÁ eða NEI við hverja spurningu. Gefið nánari skýringar á þeim atriðum sem merkt er já við, skrifið í athugasemdasherinn.

Já	Nei	Já	Nei	Já	Nei	Já	Nei	Fjölskyldusaga um:	Já	Nei
101 Augnmeinsemd/uppskurður á auga		112 Háls-nef-eða talvandamál		123 Malaria/annar hitabeltissjúkdómur		170 Hjartasjúkdómur				
102 Einhvern tíma notað gleraugu eða augnlinsur		113 Höfuðmeiðsl/ heilahristingur		124 Jákvaett alnæmispróf		171 Hár blóðþrýstingur				
		114 Tiður eða slæmur höfuðverkur		125 Kynsjúkdómur		172 Hækkaðar blóðfitur (kólesteról)				
103 Breyting á sjón frá síðustu skoðun		115 Svimi eða yfirliðaköst		126 Svefn truflanir/kæfisvefn		173 Flogaveiki				
		116 Meðvitundarleysi af einhverjum ástæðum		127 Sjúkdómur/skerðing í voðva- og beinkerfi		174 Geðsjúkdómur				
104 Ofnæmi eða heymæði		117 Taugasjúkdómur, flogaveiki, krampar, lamanir.		128 Einhver annar sjúkdómur/meiðsl		175 Sykursýki				
105 Astmi eða lungnasjúkdómur				129 Innlagn á sjúkrahús		176 Berklar				
106 Hjarta- eða æðasjúkdómur						177 Ofnæmi / Astmi / Exem				
107 Of hárlágur blóðþrýstingur		118 Geðrænar truflanir af einhverjum toga		130 Læknisheimsókn frá síðustu skoðun		178 Erfðagallar				
108 Nýrnasteinar eða blóð í þvagi		119 Misnotkun áfengis, lyfja eða efna		131 Neitað um líftryggingu		179 Gláka – gláklubinda				
109 Sykur eða eggjahvíta í þvagi		120 Gert tilraun til sjálfsvígs		132 Neitað um flugskríteini						
110 Maga-, lifrar-, eða meltingarsjúkdómur		121 Þurft lyf við bil-eða sjóveiki		133 Neitað um inngöngu í her af heilsufarsástæðum		Females only: 150 Kvensjúkdóma og tíðavandamál				
111 Heyrnarskerðing/ eyrnasjúkd.		122 Blóðleysi, sigðkornablóðleysi		134 Fengið lífevni eða uppbót vegna meiðsla eða veikinda		151 Ert þú barnshafandi ?				

(30) Athugasemdir: Ef getið hefur verið um þær áður og engar breytingar orðið, takið það fram
--

(31) Yfirlýsing: Ég undirritaður lýsi því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og gerðar samkvæmt minni bestu vitund. Ég hef ekki vísitandi leynt upplýsingum eða gefið villandi upplýsingar sem kunna að hafa áhrif á niðurstöður. Ég geri mér fulla grein fyrir því að gefi ég rangar eða villandi upplýsingar í sambandi við umsóknina, eða ónógar upplýsingar varðandi sjúkrasögu, geta flugmálafyrirvöld neitað mér um eða dregið til baka heilbrigðisvottorð sem þegar hefur verið gefið út. Auk þess kunna að eiga við önnur viðurlög skv. landslögum. SAMÞYKKI TIL AÐ LÁTA Í TÆ UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR: Ég gef hér með leyfi til að allar þær upplýsingar sem eru á umsóknareyðublaðinu auk annarra gagna sem styðja þær upplýsingar, verði látnar í té fluglækni og ef nauðsyn krefur til heilbrigðisskora flugmálafyrivalda. Þessi skjöl eða upplýsingar geymdar á tölvutæku formi sem eru til stuðnings vottorðinu verða eign flugmálafyrivalda, svo fremi að ég og heimilislæknir minn hafi aðgang að þeim samkvæmt gildandi lögum. Trúnaðar verði ávallt gætt.	_____ Dagsetning	_____ Undirskrift umsækjanda	_____ Undirskrift fluglæknis
--	--------------------------------	--	--