

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z BADANIA OKULISTYCZNEGO**

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania.

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Dane kandydata:

(1) Państwo, w którym składany jest wniosek:	(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie: klasa 1 <input type="checkbox"/> klasa 2 <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	(12) Wniosek: Wstępny <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):	(13) Numer referencyjny:
(5) Imię/imiona:	(6) Data urodzenia:	(7) Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
(301) Zgoda na udostępnienie informacji medycznej: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania uznając iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia oceny medycznej oraz będą stanowić własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.		
----- Data	----- Podpis kandydata	----- Podpis AME

(302) Kategoria badania:	(303) Wywiad okulistyczny:
Wstępne <input type="checkbox"/> Przedłużenie <input type="checkbox"/> Wznowienie <input type="checkbox"/> Specjalne odesłanie <input type="checkbox"/>	

Badanie kliniczne		Sprawdzić każdy punkt		Prawidłowe	Nieprawidłowe
(304) Oczy, przydatki oka i powieki					
(305) Oczy (lampa szczelinowa, oftalmoskopia)					
(306) Pozycja i ruchy oczu					
(307) Pola widzenia (konfrontacja)					
(308) Odruchy źrenic					
(309) Dno oka (oftalmoskopia)					
(310) Konwergencja	cm				
(311) Akomodacja	D				

Ostrość widzenia

(314) Widzenie dali - z 5m/6m

Bez korekcji		Okulary	Soczewki kontaktowe
Prawe oko	Z korekcją		
Lewe oko	Z korekcją		
Prawe i lewe oko	Z korekcją		

(315) Widzenie pośrednie na z 21m

Bez korekcji		Okulary	Soczewki kontaktowe
Prawe oko	Z korekcją		
Lewe oko	Z korekcją		
Prawe i lewe oko	Z korekcją		

(316) Widzenie bliży na z 30-50cm

Bez korekcji		Okulary	Soczewki kontaktowe
Prawe oko	Z korekcją		
Lewe oko	Z korekcją		
Prawe i lewe oko	Z korekcją		

(317) Refrakcja

		Sferyczne	Cylindryczne	Osiłowe	Dodatkowe
Prawe oko					
Lewe oko					
Badana wada refrakcji		Przepisane okulary			

(318) Okulary

Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Rodzaj:		Rodzaj:	

(319) Soczewki kontaktowe

(320) Ciśnienie wewnętrzne

Prawe (mmHg)	Lewe (mmHg)
Metoda	Prawidłowe <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe <input type="checkbox"/>

(312) Równowaga mięśni gałki ocznej (w dioptriach pryzmatycznych)			
Z odległości 5m/6m	Z odległości 30-50 cm		
Orto	Orto		
Ezo	Ezo		
Egzo	Egzo		
Hyper	Hyper		
Cyklo	Cyklo		
Tropia	Tak Nie	Foria	Tak Nie
Badanie możliwości fuzji Nie wykonano Prawidłowe Nieprawidłowe			

(313) Widzenie barw	
Płytki pseudoisochromatyczne	Typ: Ishihara (24 płytki)
Ilość płytek:	Ilość błędów:
Zaawansowane badanie widzenia barw ze wskazań: Tak Nie	
Metoda:	
Zdolność rozróżniania kolorów 'colour safe'	Brak zdolności rozróżniania kolorów 'colour unsafe'

(321) Uwagi i zalecenia okulistyczne:

--

(322) Oświadczenie lekarza:

Niniejszym oświadczam, iż ja/moja grupa AME osobiście przeprowadziłem(-a) badania kandydata o nazwisku podanym w sprawozdaniu z badania lekarskiego oraz że niniejsze sprawozdanie wraz z jakimkolwiek załącznikiem odzwierciedla stwierdzone wnioski w sposób wyczerpujący i poprawny.		
(323) Miejsce i data:	Imię i nazwisko lekarza okulisty oraz adres: (drukowanymi literami)	Pieczęć AME lub specjalisty z numerem:
Podpis AME:	E-mail: Numer telefonu: Numer faksu:	

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z BADANIA LARYNGOLOGICZNEGO**

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania.

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Dane kandydata:

(1) Państwo, w którym składany jest wniosek:	(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie:	klasa 1 <input type="checkbox"/>	klasa 2 <input type="checkbox"/>
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):	(12) Wniosek: Wstępny <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>	
(5) Imię/Imiona:	(6) Data urodzenia:	(7) Płeć: Kobleta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>	(13) Numer referencyjny:
(401) Zgoda na udostępnienie informacji medycznej: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania uznając, iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia oceny medycznej oraz będą stanowić własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu, że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.			
..... Data Podpis kandydata Podpis AME	

(402) Kategoria badania: Wstępne <input type="checkbox"/> Specjalne odesłanie <input type="checkbox"/>	(403) Wywiad laryngologiczny
--	------------------------------

Badanie kliniczne Sprawdzić każdy punkt	Badanie kliniczne	
	Prawidłowe	Nieprawidłowe
(404) Głowa, twarz, szyja, skóra głowy		
(405) Jama ustna, zęby		
(406) Gardło		
(407) Przewody nosowe i nosogardziel (łącznie z rynoskopią przednią)		
(408) Układ równowagi łącznie z próbą Romberga		
(409) Mowa		
(410) Zatok		
(411) Przewód słuchowy zewnętrzny, błony bębenkowe		
(412) Ocena błony bębenkowej (otoskopia)		
(413) Pomiar ciśnienia powietrza w uchu środkowym (tyimpanometria Impendancyjna) łącznie z próbą Valsalvy (tylko przy badaniach wstępnych)		

(419) Audiometria tonalna

Hz	dB HL (poziom słuch)	
	Prawe ucho	Lewe ucho
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

Dodatkowe badania (jeżeli jest wskazanie)	Nie wykonano	Prawidłowe	Nieprawidłowe
(414) Audiometria mowy			
(415) Rynoskopia tylna			
(416) EOG, oczopląs spontaniczny lub pozycyjny			
(417) Próba kaloryczna lub obrotowa			
(418) Laryngoskopia pośrednia lub bezpośrednia			

(421) Uwagi i zalecenia laryngologiczne:
.....

(420) Audiogram

dB/HL	Audiogram							
	o = Prawe				x = Lewe			
	----= przewodnictwo powietrzne= przewodnictwo kostne							
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

(422) Oświadczenie lekarza: Niniejszym oświadczam, iż przeprowadziłem (-am) osobiście badania kandydata o nazwisku podanym w sprawozdaniu z badania lekarskiego oraz że niniejsze sprawozdanie wraz z jakimkolwiek załącznikiem odzwierciedla stwierdzone wnioski w sposób wyczerpujący i poprawny.		
(423) Miejsce i data:	Imię i nazwisko lekarza laryngologa oraz adres: (drukowanymi literami)	Pieczęć AME lub specjalisty z numerem:
Podpis AME:	E-mail: Numer telefonu: Numer faksu:	

FORMULARZ BADAŃ NEUROLOGICZNYCH

Należy kompletnie wypełnić tę stronę drukowanymi literami - szczegóły podane są we wskazówkach

ZACHOWANIE TAJEMNICY LEKARSKIEJ

(1) Państwo członkowskie JAA przyjmujące podanie	(2) Klasa świadectwa zdrowia, o które ubiega się kandydat	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
(3) Nazwisko	(4) Poprzednie Nazwisko / Nazwiska	(12) Po raz który ubiega się: Pierwszy <input type="checkbox"/> Przedłużenie / wznowienie <input type="checkbox"/>
(5) Imiona	(6) Data urodzenia	(7) Płeć Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/>
(13) Numer odniesienia (jeżeli może się ubiegać)		
<p>(401) Zgoda na udzielenie informacji medycznych: Niniejszym zezwalam na ujawnienie wszystkich informacji zawartych w tym oświadczeniu jak również wszystkich dodatkowych załączników Sekcji Lotniczo-Lekarskiej i w przypadkach koniecznych innym sekcjom krajowym, uznając, że dokumenty te lub elektronicznie przechowywane dane osobowe będą użyte w celu skompletowania badania lekarskiego. Dane te stanowiąć będą własność Władzy lotniczej pod warunkiem, że ja lub mój lekarz będziemy mieli dostęp do nich zgodnie z prawem narodowym. W każdym przypadku przestrzegana będzie poufność lekarska.</p>		
Data _____		Podpis lekarza (świadka) _____

Wywiad: _____

Badanie przedmiotowe: _____

EEG: _____

Rozpoznanie: _____

Wniosek: _____

Podpis

FORMULARZ BADAŃ CHIRURGICZNYCH

Należy kompletnie wypełnić tę stronę drukowanymi literami - szczegóły podane są we wskazówkach

ZACHOWANIE TAJEMNICY LEKARSKIEJ

(1) Państwo członkowskie JAA przyjmujące podanie	(2) Klasa świadectwa zdrowia, o które ubiega się kandydat	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
(3) Nazwisko	(4) Poprzednie Nazwisko / Nazwiska	(12) Po raz który ubiega się: Pierwszy <input type="checkbox"/> Przedłużenie / wznowienie <input type="checkbox"/>
(5) Imiona	(6) Data urodzenia	(7) Płeć Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/>
(13) Numer odniesienia (jeżeli może się ubiegać)		
<p>(401) Zgoda na udzielenie informacji medycznych: Niniejszym zezwalam na ujawnienie wszystkich informacji zawartych w tym oświadczeniu jak również wszystkich dodatkowych załączników Sekcji Lotniczo-Lekarskiej i w przypadkach koniecznych innym sekcjom krajowym, uznając, że dokumenty te lub elektronicznie przechowywane dane osobowe będą użyte w celu skompletowania badania lekarskiego. Dane te stanowiąć będą własność Władzy lotniczej pod warunkiem, że ja lub mój lekarz będziemy mieli dostęp do nich zgodnie z prawem narodowym. W każdym przypadku przestrzegana będzie poufność lekarska.</p>		
Data _____		Podpis lekarza (świadka) _____

Wywiad: _____

Badanie przedmiotowe: _____

Rozpoznanie: _____

Wniosek: _____

Podpis

**FORMULARZ WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA LOTNICZO-LEKARSKIEGO**

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania.

(1) Państwo wydania licencji:	(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie: klasa 1 <input type="checkbox"/> klasa 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):	(12) Wniosek: Wstępny <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>
(5) Imię/imiiona:	(6) Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	(7) Płeć: Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/>
(8) Miejsce i państwo urodzenia:	(9) Narodowość:	(13) Numer referencyjny:
(10) Stały adres: Kraj: Numer telefonu: Numer tel. komórkowego: E-mail:	(11) Adres do korespondencji (jeżeli inny): Kraj: Numer telefonu:	(14) Rodzaj wnioskowanej licencji: (15) Zawód (podstawowy): (16) Pracodawca: (17) Ostatnie badanie lekarskie: Data: Miejsce:
(18) Posiadane licencje (rodzaj): Numer licencji: Państwo wydania:	(19) Jakiegokolwiek posiadane ograniczenia licencji/orzeczenia lotniczo-lekarskiego: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Szczegółowe informacje:	
(20) Czy kiedykolwiek władza uprawniona do licencjonowania odmówiła wydania, zawiesiła lub cofnęła Panu/Pani orzeczenie lotniczo-lekarskie? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Data: Kraj: Szczegółowe informacje:	(21) Nalot całkowity:	(22) Nalot od czasu ostatniego badania:
(24) Jakiegokolwiek wypadek lotniczy lub zgłoszony incydent od czasu ostatniego badania: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Data: Miejsce: Szczegółowe informacje:	(23) Klasa/typ obecnie pilotowanego statku powietrznego:	
(27) Czy pije Pan/Pani alkohol: Nie <input type="checkbox"/> Tak, ilość <input type="checkbox"/>	(25) Rodzaj planowanych lotów: (26) Obecnie wykonywane loty: Załoga jednoosobowa: <input type="checkbox"/> Załoga wieloosobowa: <input type="checkbox"/>	
(29) Czy pali Pan/Pani tytoń: <input type="checkbox"/> Nie, nigdy Nie, data zaprzestania: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tak, podać rodzaj i ilość:	(28) Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Podać nazwę leku, dawkę, datę rozpoczęcia i powód przyjmowania:	

Wywiad ogólny i wywiad medyczny: Czy przechodził lub kiedykolwiek przechodził Pan/Pani którekolwiek z niżej wymienionych? (Proszę zaznaczyć). Jeśli tak, podać szczegółowe informacje w części dotyczącej uwag (30).

Wywiad ogólny		Wywiad medyczny		Wywiad rodzinny			
Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie		
101 Problem ze wzrokiem / operacja oczu		112 Nos, gardło lub zaburzenia mowy		123 Malaria lub inne choroby tropikalne		170 Choroba serca	
102 Kiedykolwiek noszone okulary/soczewki kontaktowe		113 obrażenia głowy lub wstrząśnienie s mózgu		124 Pozytywny wynik testu HIV		171 Wysokie ciśnienie tętnicze	
103 Zmiana przepisanych okularów i/lub soczewek kontaktowych od ostatniego badania		114 Częste lub dotkliwe bóle głowy		125 Choroba przenoszona drogą płciową,		172 Wysoki poziom cholesterolu	
104 Katar sienny, inna alergia		115 Zawroty głowy lub omdlenia		126 Zaburzenia snu / zespół bezdechu nocnego		173 Padaczka	
105 Astma, choroba płuc		116 Utrata przytomności z jakiegokolwiek powodu.		127 Schorzenie/zaburzenie mięśniowo-szkieletowe		174 Choroba psychiczna	
106 Problem sercowy lub naczyniowy		117 Zaburzenia neurologiczne, udar, padaczka, drgawki, paraliż, itp.		128 Inna choroba lub obrażenia		175 Cukrzyca	
107 Wysokie lub niskie ciśnienie tętnicze		118 Problemy psychologiczne / psychiatryczne dowolnego rodzaju		129 Przyjęcie do szpitala		176 Gruźlica	
108 Kamienie nerkowe lub krew w moczu		119 Nadużywanie alkoholu / narkotyków / Innych substancji		130 Wiza lekarska od czasu ostatniego badania lekarskiego		177 Alergia / astma / wyprysk	
109 Cukrzyca, zaburzenia hormonalne		120 Próba samobójcza		131 Odmowa ubezpieczenia na życie		178 Choroby dziedziczne	
110 Problemy żołądkowe, wątrobowe lub jelitowe		121 Schorzenia ruchowe wymagające przyjmowania leków		132 Odmowa wydania licencji lotniczej		179 Jaskra	
111 Głuchota, zaburzenia słuchu		122 Anemia/anemia sierpowata/inne zaburzenia krwi		133 Wydalenie lub odmowa przyjęcia do służby wojskowej z powodów medycznych		Dotyczy tylko kobiet:	
				134 Przyznanie renty lub odszkodowania za obrażenia lub chorobę		150 Problemy ginekologiczne, menstruacyjne	
						151 Czy jest Pani w ciąży?	

(30) Uwagi: W przypadku uprzedniego zgłoszenia i braku zmian od tego czasu, potwierdzić.

(31) Oświadczam: Niniejszym oświadczam, że z uwagą zapoznałem(am) się z powyższymi stwierdzeniami oraz że, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, są one pełne i poprawne oraz że nie zatałem(am) żadnej istotnej informacji i nie umiściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, iż w przypadku umieszczenia mylącego stwierdzenia w związku z niniejszym wnioskiem lub nieprzedstawienia istotnej informacji medycznych, władza uprawniona do licencjonowania może odmówić wydania orzeczenia lotniczo-lekarskiego lub może cofnąć wszystkie wydane orzeczenia lotniczo-lekarskie niezależnie od wszystkich innych działań mających zastosowanie zgodnie z prawem krajowym.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNEJ: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w niniejszym sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania, uznając, iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia badań medycznych oraz będą stanowiły własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu, że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.

Data

Podpis kandydata

Podpis AME/(GMP) (asesora medycznego)



FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z BADANIA DLA KANDYDATÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O KLASY 1 i 2

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LAKARSKĄ

(201) Kategoria badania Wstępne <input type="checkbox"/> Przedłużenie <input type="checkbox"/> Wznowienie <input type="checkbox"/> Specjalne odesłanie <input type="checkbox"/>	(202) Wzrost (cm)	(203) Waga (kg)	(204) Kolor oczu	(205) Kolor włosów	(206) Ciśnienie tętnicze (mmHg) Skurczowe Rozkurczone	(207) Tętno - spoczynkowe Częstość Rytm: regularny <input type="checkbox"/> nieregularny <input type="checkbox"/>
--	-------------------	-----------------	---------------------	-----------------------	--	---

Badanie kliniczne: Sprawdzić każdą pozycję Prawidłowe Nieprawidłowe Prawidłowe Nieprawidłowe

(208) Głowa, twarz, szyja, skóra głowy	(218) Brzuch, przepuklina, wątroba, trzustka
(209) Usta, gardło, zęby	(219) Odbyt, odbytnica
(210) Nos, zatoki	(220) Układ moczowo-płciowy
(211) Uszy, bębniaki, ruchomość błony bębniakowej	(221) Układ wydalania wewnętrznego
(212) Oczy - oczodół i przydatki, pola widzenia	(222) Kończyny górne i dolne, stawy
(213) Oczy - źrenice i dno oka	(223) Kręgosłup, układ mięśniowo-szkieletowy
(214) Oczy - ruchomość gałek ocznych, oczopląs	(224) Układ neurologiczny - odruchy, itp.
(215) Płuca, klatka piersiowa, piersi	(225) Psychiatryczne
(216) Serce	(226) Skóra, znamiona, naczynia chłonne
(217) Układ naczyniowy	(227) Ogólnoustrojowe
(228) Uwagi: Opisać każdą nieprawidłowość. Przed każdym komentarzem wpisać numer pozycji.	

Ostrość widzenia

(229) Widzenie dali z 5m/6m

	Bez korekcji	Okulary	Soczewki kontaktowe
Prawe oko		Korekcja	
Lewe oko		Korekcja	
Prawe i lewe oko		Korekcja	

(230) Widzenie pośrednie

	Bez korekcji		Z korekcją	
	Tak	Nie	Tak	Nie
N14 z 100 cm				
Prawe oko				
Lewe oko				
Prawe i lewe oko				

(231) Widzenie bliżej

	Bez korekcji		Z korekcją	
	Tak	Nie	Tak	Nie
N5 z 30-50 cm				
Prawe oko				
Lewe oko				
Prawe i lewe oko				

(232) Okulary

(233) Soczewki kontaktowe

Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Rodzaj:		Rodzaj:		
Refrakcja	Sferyczne	Cylindryczne	Osiowe	Dodatkowe
Prawe oko				
Lewe oko				

(233) Wzrost barw

Prawidłowe Nieprawidłowe Płytki pseudolizochromatyczne Typ: Ishihara (24 płytki)
Ilość płytek: Ilość błędów:

(234) Słuch

(jeżeli nie wykonano 239/241)

Test z użyciem głosu w czasie rozmowy (2 m) z plecami odwróconymi tyłem do badającego	Prawe ucho		Lewe ucho	
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Audiometria				
Hz	500	1000	2000	3000
Prawe				
Lewe				

(249) Oświadczenie AME:

Niniejszym oświadczam, iż ja/moja grupa AME osobiście przeprowadziła badania kandydata o nazwisku podanym w niniejszym sprawozdaniu z badania lekarskiego oraz że niniejsze sprawozdanie wraz z każdym załącznikiem odzwierciedlają stan zdrowia badanego w sposób wyczerpujący i poprawny.

(250) Miejsce i data:	Imię i nazwisko AME oraz adres:	Numer certyfikatu AME:
Podpis AME:	E-mail: Numer telefonu: Numer faksu:	

(236) Funkcja układu
oddechowego

(237) Hemoglobina

FEV ₁ /FVC _____ %	_____ (jednostka)
Prawidłowe <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe <input type="checkbox"/>	Prawidłowe <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe <input type="checkbox"/>

(235) Analiza moczu Prawidłowa Nieprawidłowa

Glukoza	Białko	Krew	Inne
Sprawozdania towarzyszące			
	Nie wykonano	Prawidłowe	Nieprawidłowe/ Uwagi
(238) EKG			
(239) Audiogram			
(240) Okulistyka			
(241) Laryngologia			
(242) Lipidy			
(243) Funkcja układu oddechowego			
(244) Inne (jakie?)			

(247) Zalecenie AME:

Nazwisko kandydata:	Data urodzenia:	Numer referencyjny:
_____	_____	_____

- Zdolny w klasie: _____
- Orzeczenie lotniczo-lekarskie wydane przez niżej podpisanego (kopia w załączeniu) na klasę: _____
- Niezdolny do pracy w klasie: _____
- Odesłany do dalszej oceny. Jeżeli tak, dłaczego i do kogo?

(248) Uwagi, ograniczenia