

Lääkietieteellinen kelpoisuustodistus: postitetaan hakijan lähiosoitteeseen
noudetaan Ilmailuhallinnosta

SUOMI

LUOTTAMUKSELLINEN

(1) JAA-valtio, jolta todistusta haetaan:	(2) Haettava kelpoisuustodistus:	Luokka 1 <input type="checkbox"/>	Luokka 2/IR <input type="checkbox"/>	Harrasteilmailija <input type="checkbox"/>
		Luokka 2 <input type="checkbox"/>	ATCO/FISO <input type="checkbox"/>	Muu <input type="checkbox"/>
(3) Sukunimi	(4) Entiset sukunimet	(12) Ensimmäinen hakemus <input type="checkbox"/> Uusinta / voimassaolon jatkaminen <input type="checkbox"/>		
(5) Etunimet	(6) Henkilötunnus —	(7) Sukupuoli mies <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/>	(14) Haettavan lupakirjan tyyppi	
(8) Syntymäpaikka ja -maa	(9) Kansalaisuus	(15) Ammatti (päätoimi)		
(10) Vakituinen osoite	(11) Postiosoite (jos eri)	(16) Työnantaja		
Maa: Puhelinnumero:	Maa: Puhelinnumero:	(17) Edellisen lääkärintarkastuksen Päivämäärä: Paikka:		
(18) Nykyinen ilmailulupakirja (tyyppi)	Lupakirjan numero:	Myöntäjävaltio:	(19) Lupakirjaan / kelpoisuustodistukseen liittyvät rajoitukset Ei ole <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Mitä:	
(20) Onko lääketieteellistä kelpoisuustodistusta koskeva hakemuksenne joskus peruutettu kokonaan tai väliaikaisesti? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Milloin (pvm): Lisätiedot:	Missä (maa):	(21) Lentotunteja yhteensä	(22) Lentotunteja edellisen lääkärintarkastuksen jälkeen	(23) Lentämänne ilma-alustyyppi
(24) Oletteko ollut osallisena lento-onnettomuudessa tai vaaratilanteessa edellisen lääkärintarkastuksen jälkeen? Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Milloin (pvm): Lisätiedot:	Paikka:	(25) Aiottu lentotoiminnan laji Jos ansiolentotoimintaa yhden ohjaajan miehistöllä <input type="checkbox"/> maksavia matkustajia <input type="checkbox"/> ei maksavia matkustajia		
(27) Alkoholinkulutus viikossa keskimäärin:	(26) Nykyinen lentotoiminta Yksi ohjaaja <input type="checkbox"/> Usean ohjaajan mieh. <input type="checkbox"/>			
(29) Tupakoitko? En <input type="checkbox"/> En enää <input type="checkbox"/> Lopetettu (pvm): Kyllä <input type="checkbox"/> laji ja määrä:	(28) Käytättekö lääkkeitä? En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Lääkkeen nimi, annostus, aloituspvm ja käytön syy:			

Yleiset ja lääketieteelliset esitiedot: Onko teillä nyt tai aiemmin ollut jokin seuraavista? Merkitkää jokaisessa kohdassa rasti ruutuun KYLLÄ tai EI (tai antakaa pyydetty tieto). Kyllä-vastauksista on annettava lisäselvitys kohdassa 30.

Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
101	Silmäsairauksia/silmäleikkaukset	114	Usein toistuvaa tai voimakasta päänsärkyä	126	Oletteko ollut sairaalahoitossa?	170	Onko lähisukulaisillanne esiintynyt: Sydäntauteja
102	Silmälasit ja/tai piilolinssit	115	Huimausta tai pyörtyämiä	127	Muu sairaus tai vamma	171	Korkeaa verenpainetta
103	Silmäläimääräys muuttunut edellisen lääkärintarkastuksen jälkeen	116	Tajuttomuus (mistä tahansa syystä)	128	Oletteko käynyt lääkärisäädellisen tarkastuksen jälkeen?	172	Korkeaa kolesteroliarvoa
104	Allergia tai heinänuha	117	Hermostollisia häiriöitä: epilepsiaa, kohtauksia, halvauksia tms.	129	Henkivakuutushakemuksen hylkäys	173	Epilepsiaa
105	Astma tai muu keuhkosairaus	118	Mielenterveyshäiriöitä: masennusta, ahdistuneisuutta tms.	130	Lentolupakirjahakemuksen hylkäys	174	Mielisairautta
106	Sydän- tai verenkiertosairauksia	119	Alkoholin/huumeiden/lääkkeiden väärinkäyttö	132	Asevelvollisuudesta vapauttaminen lääketieteellisistä syistä	175	Diabetes
107	Korkea tai alhainen verenpaine	120	Itsemurhayritys	133	Eläkkeen tai korvauksen myöntäminen vammaan tai sairauden vuoksi	176	Tuberkuuloosi
108	Munuaiskivi tai verivirtsaisuus	121	Lääkitystä vaativia matkapaivoinvointi			177	Allergia/astma/ihottuma
109	Diabetes, hormonihäiriö	122	Anemia tai sirppisoluanemia			178	Perityviä sairauksia
110	Ruuansulatuselinsairauksia	123	Malaria tai muu trooppinen sairaus			179	Glaukooma (viherkaihi)
111	Kuulovika tai korvasairaus	124	HIV-positiivisuus			Vain naisille:	
112	Nenän, nielun sairauksia tai puhehäiriö	125	Sukupuolitauti			150	Gynekologisia sairauksia tai kuukautishäiriöitä
113	Päävamma tai aivotärähdykset					151	Oletteko raskaana?

(30) **Lisätietoja:** Jos sairaus tai muu seikka on ilmoitettu aikaisemmin eikä siinä ole tapahtunut muutoksia, kertokaa se tässä kohdassa.

(31) **Vakuutus:** Vakuutan, että olen antanut edellä olevat vastaukset huolellisesti harkiten ja että ne ovat parhaan ymmärrykseni mukaan oikeita ja täydellisiä. Vakuutan myös, etten ole jättänyt mainitsematta mitään asiaankuuluvia tietoja tai antanut harhaanjohtavia vastauksia. Olen tietoinen siitä, että jos olen antanut tämän hakemuksen yhteydessä väärä tai harhaanjohtavia tietoja, tai en pysty esittämään niiden tueksi tarvittavaa lääketieteellistä aineistoa, viranomaisen voi kieltäytyä myöntämästä minulle lääketieteellistä kelpoisuustodistusta, peruuttaa jo myönnetyn todistuksen tai ryhtyä muihin kansallisen lainsäädännön mukaisiin toimenpiteisiin. SUOSTUMUS LÄÄKETIETEELLISTEN TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN: Hyväksyn kaikkien tässä hakemuksessa ja sen mahdollisissa liitteissä olevien tietojen luovuttamisen ilmailulääkärille, kansalliselle ilmailuviranomaiselle ja tarvittaessa toisen valtion ilmailulääketieteen yksikölle (AMS). Suostun siihen, että näitä asiakirjoja tai elektronisesti tallennettuja tietoja käytetään lääketieteellisen kelpoisuuden arviointiin ja ne siirtyvät viranomaisen haltuun ja pysyvät sen hallussa, edellyttäen kuitenkin, että minulla tai lääkäriilläni on kansallisen lainsäädännön mukainen oikeus päästä tutkimaan niitä. Lääketieteellisten tietojen luottamuksellisuus säilyy koko ajan.

Päiväys _____ Hakijan allekirjoitus _____ Valtuutetun ilmailulääkärin allekirjoitus (todistaja) _____

TÄYTTÖOHJEET

Tämä hakemuslomake ja kaikki sen liitteenä olevat lausuntolomakkeet ja lausunnot vaaditaan ICAOn määräysten mukaisesti, ja ne toimitetaan kansalliselle ilmailuviranomaiselle (ilmailulääkietieteen yksikkö, AMS). Lääketieteellisten tietojen luottamuksellisuus säilyy koko ajan.

Hakijan on itse täytettävä huolellisesti kaikki hakemuslomakkeen kohdat. Vastaukset kirjoitetaan koneella ja tulostetaan kolmena samansisältöisenä kappaleena. Tulostuksen jälkeen lomake tyhjennetään. Jos tila ei riitä johonkin kysymykseen vastaamiseen, on käytettävä erillistä tyhjää paperia, jolle merkitään tarvittava tieto, hakijan allekirjoitus ja päivämäärä. Seuraavat numeroidut ohjeet viittaavat vastaavasti numeroituihin hakemuslomakkeen kohtiin.

HUOM: Jos hakemuslomaketta ei ole täytetty kokonaan tai jos kirjoitus ei ole helposti luettavaa, hakemusta ei hyväksytä. Väriä tai harhaanjohtavien tietojen antaminen tai asiaankuuluvien tietojen mainitsematta jättäminen hakemuksessa voi johtaa rikossyytteesen, hakemuksen hylkäämiseen ja/tai jo myönnetyn lääketieteellisen kelpoisuustodistuksen peruuttamiseen.

1. JAA-VALTIO, JOLTA TODISTUSTA HAETAAN Sen maan nimi, jolle tämä hakemus esitetään.	17. EDELLINEN HAKEMUS Milloin (päivä, kuukausi, vuosi) ja missä (paikkakunta, maa) olette viimeksi hakenut lääketieteellistä kelpoisuustodistusta. Ensimmäistä kelpoisuustodistustaan hakevat merkitsevät viivan (-).
2. KELPOISUUSTODISTUKSEN LUOKKA Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun. Luokka 1: ammattilentäjä Luokka 2: yksityislentäjä Luokka 2/IR: yksityislentäjän lupakirja mittarilentokelpuutuksella ATCO/FISO: Lennonjohtaja ja lennontiedottaja Harrasteilmailija: Purjelentäjä, moottoripurjelentäjä, ultrakevytlentäjä, autogiroilentäjä, kuumailmapalloilija Muu: Muut esim. maa- tai matkustamohenkilökunta	18. NYKYINEN ILMAILULUPAKIRJA Ilmoittakaa nykyisen lupakirjan tai -kirjojen tyyppi kuten kohdassa 14 sekä jokaisen lupakirjan numero ja myöntäjävaltio. Jos nykyistä lupakirjaa ei ole, merkitkää viiva (-). 19. LUPAKIRJAAN / KELPOISUUSTODISTUKSEEN LIITTYVÄT RAJOITUKSET Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun. Jos lupakirjassanne tai kelpoisuustodistuksessanne on rajoituksia, ilmoittakaa tarkemmin, mitä ne koskevat, esim. näkö, värinäkö, varmistusohjaaja.
3. SUKUNIMI Nykyinen sukunimi.	20. LÄÄKETIETEELLISEN KELPOISUUSTODISTUKSEN EPÄÄMINEN TAI PERUUTTAMINEN Merkitkää rasti ruutuun 'Kyllä', jos hakemuksenne on joskus hylätty tai todistuksenne peruutettu vaikka vain väliaikaisesti. Kyllä-vastauksen yhteydessä on annettava myös päivämäärä (PP/KK/VVVV) ja valtio, jossa hylkääminen tai peruutus tapahtui.
4. ENTISET SUKUNIMET Jos sukunimenne on jostain syystä muuttunut, merkitkää tähän entinen sukunimi tai -nimet.	21. LENTOTUNTEJA YHTEENSÄ Lentotuntien kokonaismäärä.
5. ETUNIMET Kaikki etunimet (enintään kolme).	22. LENTOTUNTEJA EDELLISEN LÄÄKÄRINTARKASTUKSEN JÄLKEEN Tuntimäärä, jonka olette lentänyt edellisen lääkärintarkastuksenne jälkeen.
6. SOSIAALITURVATUNNUS Merkitkää numeroin päivä (PP), kuukausi (KK) ja vuosi (VV)-TUNNUS (XXXX), esim. 220850-001A.	23. LENTÄMÄNNE ILMA-ALUSTYYPPI Ilma-alustyyppi, jolla nykyisin pääasiassa lennätte, esim. Boeing 737, Cessna 150.
7. SUKUPUOLI Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun.	24. LENTO-ONNETTOMUUS / VAARATILANNE Jos vastaatte 'Kyllä', ilmoittakaa myös onnettomuuden tai vaaratilanteen ajankohta (PP/KK/VVVV) ja tapahtumavaltio.
8. SYNTYMÄPAIKKA Syntymäpaikkakunta ja -maa.	25. AIOTTU LENTOTOIMINNAN LAJI Esim. reittilennot, tilauslennot, maatalouslennot, harrastelennot tms. Jos harjoitatte ansiolentotoimintaa yhden ohjaajan miehistössä, merkitkää myös kuljetatteko maksavia matkustajia.
9. KANSALAISUUS Sen maan nimi, jonka kansalainen olette.	26. NYKYINEN LENTOTOIMINTA Merkitkää rasti oikeaan ruutuun sen mukaan, toimitteko <u>ainoana</u> ohjaajana vai ei.
10. VAKITUIINEN OSOITE Vakituinen postiosoitteenne ja asuinvaltionne. Antakaa puhelinnumeron yhteydessä myös suuntanumero.	27. ALKOHOLI Arvioikaa viikoittainen alkoholinkulutus, esim. 2 litraa olutta.
11. POSTIOSOITE Jos postiosoitteenne on eri kuin vakituinen osoite, ilmoittakaa nykyinen täydellinen postiosoitteenne sekä puhelinnumero suuntanumeroineen. Jos osoite on sama, merkitkää 'SAMA'.	28. LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ Jos vastaatte 'Kyllä', antakaa tarkemmat tiedot: lääkkeen nimi, kuinka paljon ja milloin otatte sitä jne. Myös reseptittävät lääkkeet on mainittava.
12. HAKEMUS Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun.	29. TUPAKOINTI Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun. Jos tupakoitte edelleen, ilmoittakaa myös tupakan laji (savukkeet, sikarit, piippu) ja määrä (esim. 2 sikaria päivässä; piippu - 30 g viikossa).
14. HAETTAVAN LUPAKIRJAN TYYPI Ilmoittakaa haettavan lupakirjan tyyppi seuraavan luettelon mukaisesti: Liikennelentäjän lupakirja Ansiolentäjän lupakirja / mittarilentokelp. Yksityislentäjän lupakirja / mittarilentokelp. Lentokone / Helikopteri / Molemmat Muu - mikä	YLEISET JA LÄÄKETIETEELLISET ESITIEDOT Kokaiseen kysymykseen kohdissa 101 - 179 on vastattava merkitsemällä rasti ruutuun 'Kyllä' tai 'Ei'. Vastatkaa 'Kyllä', jos teillä on milloin tahansa elämässänne ollut kyseinen sairaus tai tila ja antakaa tarkemmat tiedot ja likimääräinen ajankohta kohdassa 30. LISÄTIETOJA . Kaikki kysymykset ovat lääketieteellisesti merkitseviä, vaikka se ei ehkä käy selvästi ilmi. Kohdat 170 - 179 koskevat lähisukulaisten sairauksia, ja kysymykset 150 - 151 on tarkoitettu vain naispuolisille hakijoille. Jos tiedot on annettu jo aiemmassa hakemuslomakkeessa eikä tilassanne ole tapahtunut muutoksia, voitte merkitä 'Ilmoitettu aikaisemmin, ei muutoksia'. Kyseisen tilan tai sairauden kohdalle on kuitenkin merkittävä rasti ruutuun 'Kyllä'. Tavallisia ohimeneviä tauteja, kuten flunssaa, ei tarvitse ilmoittaa.
15. AMMATTI Päätöimi.	31. VAKUUTUS JA SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN Älkää allekirjoittako tai päivätkö tätä vakuutusta, ennen kuin valtuutettu ilmailulääkäri antaa siihen luvan. Lääkäri kirjoittaa nimensä todistajan allekirjoitukselle varattuun kohtaan.
16. TYÖNANTAJA Koskee vain päätöimisiä lentäjiä. Toisen palveluksessa työskentelevät ilmoittavat työnantajan nimen, itsenäiset ammatinharjoittajat merkitsevät 'ITSE'.	

HAKIJALLA ON OIKEUS KIELTÄYTYÄ MISTÄ TAHANSA KOKEESTA JA VAATIA ASIAN SIIRTÄMISTÄ VIRANOMAISEN (AMS) RATKAISTAVAKSI. TÄMÄ VOI KUITENKIN AIHEUTTAA KELPOISUUSTODISTUKSEN VÄLIAIKAISEN EPÄÄMISEN.