

**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"/>
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):
(5) Imię/imiona:	(6) Data urodzenia:
	(7) Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
(12) Wniosek: Wstępny <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>	
(13) Numer referencyjny:	
(301) <b>Zgoda na udostępnienie informacji medycznej:</b> 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	Prawidłowe	Nieprawidłowe
Sprawdzić każdy punkt		
(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 z1m				
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		

(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

(317) Refrakcja				
	Sferyczne	Cylindryczne	Osiowe	Dodatkowe
Prawe oko				
Lewe oko				
Badana wada refrakcji		Przepisane okulary		

(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	Brak zdolności rozróżniania kolorów		
'colour safe'	'colour unsafe'		

(318) Okulary		(319) Soczewki kontaktowe	
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Rodzaj:		Rodzaj:	

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

(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: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>	(13) Numer referencyjny:
(401) <b>Zgoda na udostępnienie informacji medycznej:</b> 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 odesianie <input type="checkbox"/>	(403) Wywiad laryngologiczny
---	------------------------------

**Badanie kliniczne**

Sprawdzić każdy punkt

	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) Zatoki		
(411) Przewód słuchowy zewnętrzny, błony bębenkowe		
(412) Ocena błony bębenkowej (otoskopia)		
(413) Pomiar ciśnienia powietrza w uchu środkowym (tympanometria impendancyjna) łącznie z próbą Valsalwy (tylko przy badaniach wstępnych)		

## (419) Audiometria tonalna

Hz	dB HL (poziom słuchu)	
	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 pozytywny			
(417) Próba kaloryczna lub obrotowa			
(418) Laryngoskopia pośrednia lub bezpośrednia			

## (420) Audiogram

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

## (421) Uwagi i zalecenia laryngologiczne:

--

## (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 WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA LOTNICZO-LEKARSKIEGO**

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

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

(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/imiona:	(6) Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	(7) Płeć: Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/>	(13) Numer referencyjny:
(8) Miejsce i państwo urodzenia:	(9) Narodowość:	(14) Rodzaj wnioskowanej licencji:	
(10) Stały adres: Kraj: Numer telefonu: Numer tel. komórkowego: E-mail:	(11) Adres do korespondencji (jeżeli inny): Kraj: Numer telefonu:	(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:		
(25) Rodzaj planowanych lotów:	(26) Obecnie wykonywane loty: Załoga jednoosobowa: <input type="checkbox"/> Załoga wieloosobowa: <input type="checkbox"/>		
(27) Czy pije Pan/Pani alkohol: Nie <input type="checkbox"/> Tak, ilość <input type="checkbox"/>	(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:		
(29) Czy pali Pan/Pani tytoń: <input type="checkbox"/> Nie, nigdy Nie, data zaprzestania: <input type="checkbox"/> Tak, podać rodzaj i ilość:			

**Wywiad ogólny i wywiad medyczny: Czy przechodzi lub kiedykolwiek przechodził Pan/Pani którekolwiek z niżej wymienionych?****(Proszę zaznaczyć). Jeśli tak, podać szczegółowe informacje w części dotyczącej uwag (30).****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 mózgu				124 Pozytywny wynik testu HIV				171 Wysokie ciśnienie tętnicze			
103 Zmiana przepisanych okularów i/lub soczewek kontaktowych od ostatniego badania				114 Częste lub dotkliwie 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 Wizyta 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				<b>Dotyczy tylko kobiet:</b>			
								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) **Oświadczenie:** 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 zataiłem(am) żadnej istotnej informacji i nie umieściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, iż w przypadku umieszczenia mylącego stwierdzenia w związku z niniejszym wnioskiem lub nieprzedstawienia istotnych informacji medycznych, władza uprawniona do licencjonowania może odmówić wydania orzeczenia lotniczo-lekarskiego lub może cofnąć wydane orzeczenie 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,—znając, iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia badań medycznych 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/(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 bębenkowej	(221) Układ wydalania wewnętrzznego
(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, oczopłask	(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 bliży

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

(232) Okulary

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) Soczewki kontaktowe

(313) Widzenie barw

Prawidłowe  Nieprawidłowe 

Płytki pseudoizochromatyczne	Typ: Ishihara (24 płytki)
Ilość płytek:	Ilość błędów:

(234) Słuch

(jeżeli nie wykonano 239/241)	Prawe ucho	Lewe ucho		
Test z użyciem głosu w czasie rozmowy (2 m) z plecami odwróconymi tyłem do badającego	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 <sub>1</sub> /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, dlaczego i do kogo?

(248) Uwagi, ograniczenia

**APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE**

MEDICAL IN CONFIDENCE

Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion.

(1) State of licence issue:		(2) Medical certificate applied for: class 1 <input type="checkbox"/> class 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/>	
(3) Surname:		(4) Previous surname(s):	(12) Application: Initial <input type="checkbox"/> Revalidation/Renewal <input type="checkbox"/>
(5) Forename(s):		(6) Date of birth(dd/mm/yyyy):	(7) Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
(8) Place and country of birth:		(9) Nationality:	(13) Reference number:
(10) Permanent address: Country: Telephone No.: Mobile No.: E-mail:		(11) Postal address (if different): Country: Telephone No.:	(14) Type of licence applied for: (15) Occupation (principal): (16) Employer: (17) Last medical examination: Date: Place:
(18) Licence(s) held (type): Licence number: State of issue:		(19) Any limitations on licence(s)/medical certificate held No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Details:	
(20) Have you ever had a medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Country: Details:		(21) Flight time total:	(22) Flight time since last medical:
(24) Any aviation accident or reported incident since last medical examination? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Place: Details:		(23) Aircraft class/type(s) presently flown:	
(27) Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, amount		(25) Type of flying intended: (26) Present flying activity: Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot <input type="checkbox"/>	
(29) Do you smoke tobacco? <input type="checkbox"/> No, never <input type="checkbox"/> No, date stopped: <input type="checkbox"/> Yes, state type and amount:		(28) Do you currently use any medication? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> State medication, dose, date started and why:	

**General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? (Please tick). If yes, give details in remarks section (30).**

Yes No		Yes No		Yes No		Family history of:		Yes No	
101 Eye trouble/eye operation		112 Nose, throat or speech disorder		123 Malaria or other tropical disease		170 Heart disease			
102 Spectacles and/or contact lenses ever worn		113 Head injury or concussion		124 A positive HIV test		171 High blood pressure			
		114 Frequent or severe headaches		125 Sexually transmitted disease		172 High cholesterol level			
103 Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam.		115 Dizziness or fainting spells		126 Sleep disorder/apnoea syndrome		173 Epilepsy			
		116 Unconsciousness for any reason		127 Musculoskeletal illness/impairment		174 Mental illness			
104 Hay fever, other allergy		117 Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.		128 Any other illness or injury		175 Diabetes			
105 Asthma, lung disease				129 Admission to hospital		176 Tuberculosis			
106 Heart or vascular trouble		118 Psychological/psychiatric trouble of any sort		130 Visit to medical practitioner since last medical examination		177 Allergy/asthma/eczema			
107 High or low blood pressure				131 Refusal of life insurance		178 Inherited disorders			
108 Kidney stone or blood in urine		119 Alcohol/drug/substance abuse		132 Refusal of flying licence		179 Glaucoma			
109 Diabetes, hormone disorder		120 Attempted suicide							
110 Stomach, liver or intestinal trouble		121 Motion sickness requiring medication		133 Medical rejection from or for military service		<b>Females only:</b>			
						150 Gynaecological, menstrual problems			
111 Deafness, ear disorder		122 Anaemia/sickle cell trait/other blood disorders		134 Award of pension or compensation for injury or illness		151 Are you pregnant?			

(30) **Remarks:** If previously reported and no change since, so state.

(31) **Declaration:** I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.

**CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the licensing authority, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.

-----  
Date Signature of applicant Signature of AME/(GMP)/(medical assessor)