FORMULÁR SPRÁVY O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE ŽIADATEĽA PRE OSVEDČENIE 1., 2. TRIEDY a 3. TRIEDY (AMC1 ARA.MED.135(b);(c), Annex II to ED Decision 2012/006/R, AMC1 ATCO.AR.F.020 Annex II to ED Decision 2015/010/R)

PODLIEHA LEKÁRSKEMU TAJOMSTVU

(201) Druh vyšetrenia	(202) Výška (cm)	(203) Váha (kg)	(204) Farba očí	(205) Farba vlasov	(206) Tlak krvi - posediačky (mmHg)		(207) Pulzová frekvencia - v kľude	
					Systolický	Diastolický	Počet(bmp)	Rytmus
Vstupné ☐								Prav. ☐
Predlženie platnosti ☐								Neprav. ☐
Obnova platnosti ☐								
Konziliárne ☐								

Celkové vyšetrenie: Skontrolujte a zaškrtnite každú položku

	Norm.	Abnor.		Norm.	Abnor.
(208) Hlava, tvár, krk, skalp	☐	☐	(218) Brucho, prietrže, pečeň, slezina	☐	☐
(209) Ústa, hrdlo, zuby	☐	☐	(219) Anus, konečník	☐	☐
(210) Nos, dutiny	☐	☐	(220) Močový a pohlavný systém	☐	☐
(211) Uši, bubienky, pohyblivosť bubienkov	☐	☐	(221) Endokrinný systém	☐	☐
(212) Oči - orbita e a adnexá, zorné polia	☐	☐	(222) Horné a dolné končatiny, kĺby	☐	☐
(213) Oči - zreničky a očné pozadie	☐	☐	(223) Chrbtica, muskuloskeletálny systém	☐	☐
(214) Oči - pohyblivosť očí, nystagmus	☐	☐	(224) Neurologický stav, reflexy, atď.	☐	☐
(215) Pľúca, hrudník, prsníky	☐	☐	(225) Psychiatrický nález	☐	☐
(216) Srdce	☐	☐	(226) Koža, znamienka, uzliny	☐	☐
(217) Cievny systém	☐	☐	(227) Celkový stav, systémové príznaky	☐	☐

(228) **Poznámky:** Popíšte každý abnormálny nález. Uveďte číselnú položku pred každú poznámku.

Zraková ostrosť

(229) *Videnie do diaľky 5 m/6 m*

	Bez korekcie		Okuliare	Kontaktné šošovky
Pravé oko	☐	Korekcia na	☐	☐
Ľavé oko	☐	Korekcia na	☐	☐
Obidve oči	☐	Korekcia na	☐	☐

(230) *Videnie na 1 m*

N14 na 100 cm	Nekorigované Áno	Nekorigované Nie	Korigované Áno	Korigované Nie
Pravé oko.	☐	☐	☐	☐
Ľavé oko	☐	☐	☐	☐
Obidve oči	☐	☐	☐	☐

(231) *Videnie do blízka*

N5 na 30-50 cm	Nekorigované Áno	Nekorigované Nie	Korigované.. Áno	Korigované.. Nie
Pravé oko.	☐	☐	☐	☐
Ľavé oko	☐	☐	☐	☐
Obidve oči	☐	☐	☐	☐

(232) **Okuliare**

Áno ☐ Nie ☐
Typ:

(233) **Kontaktné šošovky**

Áno ☐ Nie ☐
Typ:

Refrakcia	Sph	Cylinder	Os	Do blízka
Pravé oko				
Ľavé oko				

(313) **Farbocit** Normálny ☐ Abnormálny ☐

Metóda/-y testovania farbocitu:
Výsledok:

(234) **Sluch** (ak nebolo vykonané 239/241)	Pravé ucho ☐	Ľavé ucho ☐
Test na hovorovú reč (2m) chrbtom k vyšetrujúcemu	Áno ☐ Nie ☐	Áno ☐ Nie ☐

Audiometria

Hz	500	1 000	2 000	3 000
Pravé				
Ľavé				

(236) **Funkcia pľúc**

FEV1/FVC %
Normálne ☐ Abnormálne ☐

(237) **Hemoglobín**

(jednotka)
Normálny ☐ Abnormálny ☐

(235) **Vyšetrenie moču** Normálne ☐ Abnormálne ☐

Cukor	Bielkovina	Krv	Iné

Pomocné vyšetrenia	Nevykonané	Normálni	Abnormálny/ komentár
(238) EKG	☐	☐	
(239) Audiogram	☐	☐	
(240) Oftalmologické	☐	☐	
(241) ORL	☐	☐	
(242) Lipidogram	☐	☐	
(243) Pľúcne funkcie	☐	☐	
(244) Ostatné (aké?)	☐	☐	

(247) **Odporučenie povereného leteckého lekára (AME):**

Meno žiadateľa: Dátum narodenia: Registračné číslo:

....

☐ Spôsobilý pre triedu .....
☐ Vydané osvedčenie zdravotnej spôsobilosti nižšie podpísaným (kópia priložená) pre triedu .....

☐ Nespôsobilý pre triedu
☐ Odoslaný na ďalšie posúdenie. Ak áno - prečo a ku komu?

(248) **Poznámky, obmedzenia:**

(249) **Vyhlásenie určeného lekára (AME):**

Týmto potvrdzujem, že ja/moja lekárska skupina AME som/sme osobne vyšetrili žiadateľa menovite uvedeného v tejto lekárskej správe, a že táto správa s pripojenými doplnkami obsahuje správne a úplné nálezy.

(250) Miesto a dátum:	Meno a adresa AME: E-mail: Telefón č.: Telefax č.:	Odtlačok pečiatky s číslom osvedčenia AME:
Vlastnoručný podpis AME:		