DOPRAVNÝ ÚRAD
TRANSPORT AUTHORITY



# Formulár AME/AeMC v prípade postúpenia prípadu posudkovému lekárovi
## *AME/AeMC Assessment Referral Form*

*MED.A.050, MED.B.001, ARA.MED.125 Nariadenie (EÚ) č. 1178/2011 a ATCO.MED.050, ATCO.MED.B.001, ATCO.AR.F.001 Nariadenia (EÚ) č. 2015/340 v platnom znení / MED.A.050, MED.B.001, ARA.MED.125 Reg. (EU) No. 1178/2011 and ATCO.MED.050, ATCO.AR.F.001 , ATCO.AR.F.001 Reg. (EU) 2015/340 in the current version*

| | |
|---|---|
| **AME meno, priezvisko:**<br>*AME name, surname:* | **Číslo AME:**<br>*AME Number:* |
| **Adresa, telefón, email:**<br>*Address, telephone, email:* | **Dátum:**<br>*Date:*<br><br>***Podpis AME:***<br>*AME Signature* |

| | | |
|---|---|---|
| **Číslo osvedčenia zdravotnej spôsobilosti:**<br>*Medical Certificate Ref. No.:* | **Číslo preukazu spôsobilosti:**<br>*Licence No.:*<br><br>**Druh preukazu spôsobilosti:**<br>Licence Type: | **Postúpené licenčnému úradu:**<br>*Licencing Authority Referred to:* |
| **Meno, priezvisko žiadateľa:**<br>*Applicant Forename, Surname:* | **Trieda zdravotnej spôsobilosti:** ☐**1** ☐**2** ☐**3** ☐**LAPL**<br>*Medical Class***:**<br><br>☐ **prvé vydanie**/*initial*<br>☐ **predĺženie**/ *revalidation*<br>☐ **obnova**/ *renewal* | |
| **Dátum narodenia:**<br>*Date of Birth:* | **Súčasný stav:**<br>*Current Status:*<br><br>☐ **spôsobilý**/ *Fit* ☐ **Nespôsobilý**/ *Unfit* | |
| ***Použiteľné nariadenie a ustanovenie:***<br>*Applicable Regulation and paragraph:* | **Zhrnutie zdravotných podmienok a váš názor na zdravotnú spôsobilosť / obmedzenia:**<br>*Summary of medical conditions and your opinion on aeromedical fitness / limitations:* | |
| **Vyžaduje sa posúdenie (označte jednu možnosť):**<br>*Assessment Required (please tick one):*<br><br>☐ zdravotnej spôsobilosti 1/3 triedy požadované v súlade s nariadením, s postupom licenčného úradu. napr. povinné postúpenie prípadu alebo uloženie / zrušenie OML alebo iných obmedzení.<br>*Class 1/3 Fitness Assessment required by regulations, licensing authority guidance material. e.g. mandatory referral or* | | |

| | |
|---|---|
| *adding/removing OML or other limitations.*<br><br>☐ zdravotnej spôsobilosti 2.triedy, ktoré musí byť vykonané po porade s licenčným úradom alebo v prípade uloženia/ zrušenia obmedzenia/<br>*Class 2 where assessment must be made 'in-consultation' with the licensing authority or adding/removing limitations.*<br><br>☐ komplexné posúdenie 1. alebo 2. triedy po konzultácii s licenčným úradom alebo na jeho pokyn.<br>*Complex Class 1 or Class 2 following discussion with or at direction of licensing authority.* | |
| **Lekárske správy (uveďte meno lekára a dátum):**<br>*Medical Reports (list clinician name and date):* | |
| **Ďalšie pripojené dokumenty:**<br>*Any other documents attached:* | |

USMERNENIE K VYPĹŇANIU FORMULÁRA- HODNOTENIE V PRÍPADE POSTÚPENIA PRÍPADU
*GUIDANCE FOR AME ASSESSMENT REFERRAL FORM*

a) Tento formulár bol vytvorený za účelom štandardizácie v prípade postúpenia prípadu hodnotenia zdravotnej spôsobilosti leteckého personálu a riadiacich letovej prevádzky licenčnému úradu. Tento formulár by sa mal použiť vždy, keď AME postupuje prípad na posúdenie inému členskému štátu.
*This form has been created to standardise AME referrals for assessment of aircrew and ATCO applicants. It should be used for all referrals from the AME of a member state to the licensing authority of another member state.*

b) Formulár by sa mal vyplniť v anglickom jazyku alebo v jazyku licenčného úradu daného štátu, ktorému sa prípad postupuje. Ďalšie správy a dokumenty by mali taktiež spĺňať túto jazykovú požiadavku.
*This form should be completed in English or the language of the state of the licensing authority to which the referral is being made. Any reports or other documents attached should also meet this language requirement.*

c) Prosím uistite sa, že všetky požadované vyšetrenia boli vykonané (povereným lekárom AME a lekárskymi špecialistami) v súlade s Nariadením, napr. žiadosť o osvedčenie zdravotnej spôsobilosti, kópia správy z vyšetrenia, atď.
*Please ensure that all the required examinations have been completed (by AME and medical specialists) in compliance with the Regulation, e.g. Application Form. Medical Examination Report, Copy of the Medical Report etc.*

d) Ak nie je možné dospieť k rozhodnutiu, podrobne opíšte, okrem zhrnutia prípadu, aj konkrétny aspekt prípadu, ktorý považujete za náročný, a uveďte aj svoje predbežné rozhodnutie o priznaní zdravotnej spôsobilosti.
*If you have been unable to reach a decision, in addition to a summary of the case, please detail the specific aspect of the case which you find challenging and also provide your preliminary certificatory decision.*

e) Zašlite formulár žiadosti a súvisiace dokumenty zabezpečeným spôsobom buď poštou alebo spôsobom požadovaným príslušným licenčným úradom
*Please send the referral form and associated documents securely by post or the method required by the relevant licensing authority.*

f) Odporúčame, aby ste svojim žiadateľom poradili, aby si ich ďalšiu leteckú lekársku prehliadku naplánovali na začiatku 45-dňového obdobia pred uplynutím doby platnosti leteckého osvedčenia.
*We recommend that you advise your applicants to arrange their next aeromedical examination at the beginning of the 45-day period prior to the expiry date of the aeromedical certificate.*