



ZDRAVOTNÉ ZÁZNAMY - DÔVERNÉ
MEDICAL IN CONFIDENCE

**ŽIADOSŤ PRE PRESUN ZDRAVOTNÝCH ZÁZNAMOV MEDZI POSUDKOVÝMI
LEKÁRMÍ LICENČNÝCH ÚRADOV / FORM FOR THE TRANSFER OF MEDICAL
RECORDS BETWEEN MEDICAL ASSESSORS OF LICENCING AUTHORITIES**

Formulár by mal byť vyplnený veľkými písmenami s použitím čierneho alebo modrého atramentu.
The form should be completed in block capitals using black or blue ink.

SÚHLAS ŽIADATEĽA / CONSENT BY APPLICANT

(Titul, meno, priezvisko), súhlasím s tým, aby boli moje letecko-lekárske záznamy presunuté medzi posudkovými lekármi nižšie uvedených licenčných úradov.

I, (title, name, surname) consent to my aeromedical records being transferred between the medical assessors of the Licensing Authorities stated below.

Podpis/Signature..... Dátum/ Date.....

Vezmite prosím na vedomie: / Please note:

Akceptuje sa iba slovenský alebo anglický jazyk (za akékoľvek poplatky súvisiace s prekladom zodpovedá žiadateľ) / Only Slovak or English Language accepted (any charges incurred for translations are the responsibility of the Applicant)

POLOŽKA ITEM	POPIS DESCRIPTION	DO / TO	Z / FROM
1.	Štát presunu <i>State of Transfer</i>	SLOVAK REPUBLIC	
	Adresa posudkového lekára/ <i>Address of medical assessor</i>	Univerzitná nemocnica-Nemocnica sv. Michala, a.s. MUDr. Otokár Takáč Murgašova 1 040 86 Košice, Slovak Republic	
	Telefón / <i>Phone</i>	+421556130781 / +421918911108	
	Email / <i>Email</i> :	otokar.takac@nsmas.sk	

POLOŽKA ITEM	POPIS/ DESCRIPTION	VYPLNÍ ŽIADATEĽ / TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT
2.	Meno držiteľa <i>Full name of holder</i>	
3.	Adresa držiteľa <i>Address of holder</i>	
4.	Dátum narodenia (dd/mm/yyyy) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>	
5.	Národnosť držiteľa <i>Nationality of holder</i>	
6.	Číslo osvedčenia <i>Reference Number</i>	
7.	Preukaz spôsobilosti (napr. ATPL/CPL/PPL) <i>Type of Licence(s) Held (e.g. ATPL/CPL/PPL)</i>	
	Zákazy alebo obmedzenia (ak sa uplatňujú) <i>Restrictions or Limitations (if any)</i>	

POLOŽKA ITEM	PREDCHÁDZAJÚCE ZDRAVOTNÉ ZÁZNAMY (MUSÍ BYŤ VYPLNENÉ POSUDKOVÝM LEKÁROM PRÍSLUŠNÉHO ORGÁNU, KTORÝ PÔVODNE VYDAL PREUKAZ SPÔSOBILOSTI) MEDICAL HISTORY (TO BE COMPLETED BY MEDICAL ASSESSOR OF TRANSFERRING AUTHORITY)
8.	<p>Predchádzajúci/-e štát/-y, ktorý/-é vydal/-i preukaz spôsobilosti (alebo, v ktorom boli vedené zdravotné záznamy) <i>Any previous State(s) of Licence Issue prior to current State (or where medical records have been held)</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NIE / NO <input type="checkbox"/> ÁNO / YES (uveďte podrobnosti */ <i>enclose details</i>)*</p> <p>Obdobie vedenia záznamov (datum od-do): / <i>Period of Medical Records Held (Dates From/To):</i></p> <p>.....</p> <p>K žiadosti doložte kópie letecko-lekárskych záznamov. / <i>Copies of the applicant's Aeromedical records shall be enclosed with this form.</i></p> <p>Nevyhnutné doklady potrebné pre presun / <i>The minimum documents required for transfer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kópia žiadosti vstupného a posledného vyšetrenia a lekárske správy z týchto vyšetrení / <i>copy of first and latest medical application and related examination report forms;</i> • všetky formuláre SOLI (a podporná dokumentácia) z predchádzajúcich presunov / <i>all SOLI forms (and supporting documents) from previous transfers;</i> • prehľad zdravotnej anamnézy (pozri položku č. 10) s podpornými letecko-lekárskymi hodnoteniami a klinickými správami / <i>summary of medical history (see item No.10) with supporting aeromedical assessments and clinical reports;</i> • kópia aktuálnej žiadosti o vyšetrenie a správa z vyšetrenia / <i>copy of current medical application and examination report forms;</i> • kópia najnovšieho rozšíreného ORL vyšetrenia a elektrokardiogramu (iba pre 1. triedu) / <i>copy of latest comprehensive ORL examination and latest electrocardiogram (class 1 only)</i> • kópia aktuálneho osvedčenia zdravotnej spôsobilosti / <i>copy of current medical certificate</i>

* Ak v tomto formulári nie je dostatok miesta, použite ďalšie strany. / *If there is insufficient space on this form for any information, please use additional pages.*

Note: SOLI- State(s) of Licence Issue

POLOŽKA ITEM	PREDCHÁDZAJÚCE ZDRAVOTNÉ ZÁZNAMY (MUSÍ BYŤ VYPLNENÉ POSUDKOVÝM LEKÁROM ODOSIELAJÚCEHO ORGÁNU, KTORÝ PÔVODNE VYDAL PREUKAZ SPÔSOBILOSTI) MEDICAL HISTORY (TO BE COMPLETED BY MEDICAL ASSESSOR OF TRANSFERRING AUTHORITY)
9.	Diagnostický súhrn (s dátumami) zahŕňajúce relevantné neaktívne stavy a aktívne stavy, ktoré si vyžadujú ďalšie sledovanie: / Summary of medical history (with dates) to include relevant inactive conditions and active conditions requiring follow-up:

OVERENIE / VERIFICATION		
<p>(Titul, meno, priezvisko),, posudkový lekár (uved'te príslušný úrad), potvrdzujem, že vyššie uvedené údaje a údaje na všetkých ďalších dodatočných stranách sú pravdivé a správne.</p> <p>I, (title, name, surname)....., Medical Assessor of(specify the competent authority), certify that the details given above and on any additional pages included are true and correct.</p> <p>Ďalšie informácie / záznamy sú k dispozícii na požiadanie. / Further information/records are available on request.</p>		
Podpis / Signature	Dátum (dd/mm/rrrr) Date (dd/mm/year)	Pečiatka posudkového lekára / Medical Assessor stamp