

Denne konvolutt
SKAL OPPBEVARES LUKKET

**LEGEUNDERSØKELSE
FOR SEILFLYGERE,
MIKROFLYGERE
OG BALLONGFØRERE**

Navn:

Adresse:

Født:

Dato for undersøkelse:

Kjennelse: Skikket Ved kjennelse **ikke skikket** skal lege-
Kjennelse: Uskikket erklæringen sendes av legen til:

**Norges Luftsportforbund
Møllergata 39
0179 OSLO**

Legens sign. & stempel

Ble undersøkelse foretatt av din faste lege? Hvis nei, oppgi navn og adresse på fast lege.

.....
Jeg bekrefter at ingen endring har oppstått med min helse siden forrige kontroll og at jeg ikke har holdt tilbake opplysninger for legen.

.....
Søkerens signatur

KONVOLUTTEN LUKKES AV LEGEN

ERKLÆRING OM EPILEPSI

Undertegnede som har kjent..... født

i år (oppgi antall år) erklærer at så vidt jeg kjenner til har han/hun ikke hatt noe tilfelle av epilepsi (fallesyke), forstyrrelse av bevisstheten, besvimelser, kramper, eller plutselige svimmelhetsanfall.

.....
Dato

.....
Underskrift

.....
Navn i blokkbokstaver

Undertegnades adresse:
.....
.....

Denne erklæring skal undertegnes av en som i mange år har kjent den det gjelder, fortrinnsvis en i familien.



Søknadsskjema for legeattest til luftfartssertifikat

Fortrolige helseopplysninger

(1) Utstedelsesland:		(2) Legeattest det søkes om:		<input type="checkbox"/> Kl. 1	<input type="checkbox"/> Kl. 2	<input type="checkbox"/> LAPL	<input type="checkbox"/> Kl. 3	<input type="checkbox"/> Kabin	<input type="checkbox"/> Annet:
(3) Etternavn:		(4) Tidligere etternavn:		(12) Søknad:					
(5) Fornavn:		(6) F-nr (11 siffer):		<input type="checkbox"/> Førstegangs					
		(7) Kjønn:		<input type="checkbox"/> Fornyelse/forlengelse					
(8) Fødested/Land:		(9) Nasjonalitet:		(13) Ref nr (personer med utenlandsk)					
(10) Bostedsadresse:		(11) Postadresse (hvis annen enn bosted):		(14) Sertifikat det søkes om:					
Land: Telefonnummer: Mobil nr: E-post:		Land: Telefonnummer:		(15) Yrke:					
(18) Innehaver av sertifikattype:		Sertifikatnummer:		Utstedelsesland:		(16) Arbeidsgiver:			
						(17) Siste flymedisinske undersøkelse: Dato: Sted:			
						(19) Evt. begrensninger/dispensasjoner i sertifikatets/legeattestens rettigheter: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja I tilfelle hvilke:			
(20) Er du noen gang tidligere vurdert som helsemessig uskikket til å inneha legeattest for flyging eller har du fått legeattest suspendert eller tilbake trukket fra en luftfartsmyndighet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Dato: Land: Årsak:				(21) Totalt antall flytimer:		(22) Antall flytimer siden siste legeundersøkelse:			
(24) Har du hatt flyuhell eller rapportert nærhell siden forrige legeundersøkelse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Dato: Sted: Omstendigheter:				(23) Flytype:					
(27) Alkohol, antall enheter pr. uke i gjennomsnitt: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Yes, amount				(25) Formål med lufttjenesten:					
(28) Bruker du noen form for legemidler <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Oppgi i tilfelle type legemiddel og grunnen til bruken:				(26) Nåværende flygende aktivitet: <input type="checkbox"/> Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot					
				(29) Bruker du tobakk/snus? <input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Evt sluttdato: <input type="checkbox"/> Oppgi type tobakk/snus og mengde:					

Generelle opplysninger og sykehistorie: Har du eller har du hatt noen av de nedenfor nevnte tilstander? Kryss av ja eller nei for spørsmålene, eventuelt gi utdypende opplysninger i merknadsfeltet nedenfor.

	Ja	Nei		Ja	Nei		Ja	Nei		Ja	Nei
(101) Øyesykdom/øyeoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Nese-, hals- eller taleforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria eller andre tropesykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sykdom i slekten:		
(102) Har du benyttet eller benytter du briller eller kontaktlinser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Hodeskade, hjernesrytelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positiv HIV-test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Hjertesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Har du skiftet brille- (linse-) styrke siden siste flymedisinske undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Hyppig eller alvorlig hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Seksuelt overførbare sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Hørsnue, annen allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Svimmelhet, besvimelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Søvnproblemer/apné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Høyt kolesterol (lipider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Astma, lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bevisstløshet, alle former	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Muskelsykdom/-svækkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Hjertesykdom, karsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Nevrologisk sykdom, slag, epilepsi, anfall, lammelser etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Annen sykdom eller skade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Psykiatrisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Høyt eller lavt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psykiatrisk sykdom, psykologiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Innleggelse på sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Nyresten, blod i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alkohol-/tabletter-/stoffmisbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Legebesøk siden siste flymedisinske undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Sukkersyke, hormonsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Selvmordsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Avslag på utbetaling av livsforsikring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergi/astma/eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Mage-, lever- eller tarmsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Bevegelsesyke som er behandlet med legemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Avslag på søknad om flysertifikat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Arvelig sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Døvhets, øresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anemi, annen blodsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Underkjent til militærtjeneste av medisinske grunner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaukom (grønn stær)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						(134) Godtgjørelse eller pensjon for skade eller sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bare for kvinner		
									(150) Gynekologiske, menstruelle problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(151) Er du gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Merknader:

(31) Erklæring: Jeg erklærer herved at jeg har nøye vurdert uttalelsene ovenfor og de etter min beste overbevisning er fullstendig og korrekt, og at jeg ikke har holdt tilbake relevant informasjon eller gjort noe misvisende utsagn. Jeg forstår at hvis jeg har avgitt falske eller villedende utsagn i forbindelse med denne søknaden, eller har tilbakeholdt medisinsk informasjon, kan Luftfartstilsynet nekte å utstede en legeattest eller trekke tilbake legeattest gitt tidligere, uten at det berører andre tiltak gjeldende i henhold til nasjonal lovgivning.

Samtykkeerklæring: Jeg samtykker i at samtlige opplysninger i foreliggende søknad med vedlegg kan forelegges oppnevnt flylege, flymedisinsk senter og Flymedisinsk seksjon, og hvor nødvendig i annen stat. Jeg godkjenner at informasjonen brukes for medisinsk vurdering og vil forbli Luftfartstilsynets eiendom.

Dato	Søkerens underskrift	Flylegens underskrift	Flylegens navn og adresse:
			Tel: Faks: HPR-nr.:



Legeerklæring

Fortrolige helseopplysninger

(201) Undersøkelseskategori og klasse <input type="checkbox"/> Førstegangs <input type="checkbox"/> Forlengelse <input type="checkbox"/> Fornyelse <input type="checkbox"/> Spesiell henvisning	(202) Høyde cm	(203) Vekt kg	(204) Øyefarge	(205) Hårfarge	(206) Blodtrykk sittende mmHg		(207) Hviltepuls	
					Systolisk	Diastolisk	Frekvens	Rytme <input type="checkbox"/> Regelmessig <input type="checkbox"/> Uregelmessig

Klinisk undersøkelse: Kryss av for hvert spørsmål

	Normal	Unormal	Normal	Unormal
(208) Hode, ansikt, nakke, kranium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Munn, svelg, tenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nese, bihuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Ører, trommehinner, trommehinnebevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Øyne - ytre deler, synsfelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Øyne - pupiller og øyebunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Øyne - øyemotilitet, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Lunger, brystkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Hjerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Årer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(218) Buk, hernia, lever, milt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(219) Anus, rektum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(220) Uro-genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(221) Endokrine organer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(222) Ekstremiteter og ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(223) Rygggrad, muskler og sener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(224) Nevrologi, reflekser, mv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(225) Psyke, uttrykk, oppførsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(226) Hud, eventuelt hudmerker, lymfeknuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(227) Generell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Merknad: Beskrivelse av unormale funn

Synsundersøkelse

(229) Avstandssyn ved 5m/6m

Høyre øye, ukorr.	Korrigert til	Briller	Kontaktlinser
Venstre øye, ukorr.	Korrigert til		
Begge øyne, ukorr.	Korrigert til		

(230) Syn mellomavstand

	Ukorrigert		Korrigert	
N14 ved 100 cm	Ja	Nei	Ja	Nei
Høyre øye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venstre øye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begge øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) Nærsyn

	Ukorrigert		Korrigert	
N5 ved 30-50 cm	Ja	Nei	Ja	Nei
Høyre øye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venstre øye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begge øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Briller

Ja Nei

Type: Refraksjon Sph Cyl Axis Add

(233) Kontaktlinser

Ja Nei

Type: Høyre øye Venstre øye

(246) Fargesansundersøkelse

Normal Unormal

Pseudo-isokromatiske plater Type: Antall plater: Antall feil:

(234) Hørsel (når 241 ikke er utført)

	Høyre øre		Venstre øre	
Talestemme høres på 2 meters avstand med ryggen mot undersøkeren	Ja	Nei	Ja	Nei
Audiogram				
Hz	500	1000	2000	3000
Høyre				
Venstre				

(248) Kommentarer, begrensninger:

--

(249) Flylegens erklæring:

Jeg bekrefter at søkeren er personlig undersøkt av meg/vår gruppe og at funn og symptomer er notert i overensstemmelse med denne erklæring.

(250) Sted og dato:	Flylegens navn og adresse:	ID-nr.:
Flylegens underskrift:		