

# Ansøgning om Helbredsgodkendelse (Medical Certificate)

Lægeligt fortroligt

Nedenstående udfyldes af ansøgeren eller af lægen sammen med ansøgeren . Se [Vejledningen](#)

(1) Sendes i lukket kuvert mærket «lægeerklæring» til: Statens Luffartsvæsen, Postbox 744, Ellebjergvej 50, 2450 København SV.		(2) Hvilken helbredsgodkendelse søges der om: Klasse 1      Klasse 2      Andet	
(3) Efternavn:		(4) Tidligere efternavn:	
(5) Fornavn:		(6) Personnummer:	
(7) Mand		(12) Førstegangssøgning Fornyelse/forlængelse	
(8) Fødested/Land:		(9) Nationalitet:	
(10) Folkeregisteradresse:		(11) Kontaktadresse:	
(13) Referencenummer for personer med udenlandske certifikater:		(14) Certifikat der ansøges om:	
(15) Stilling:		(16) Arbejdsgiver/Funktion:	
(17) Sidste flyvemedicinsk undersøgelse:		Dato:	
Land:	Tlf.:	Tlf.:	Fax:
E-mail:	E-mail:	Sted	
(18) Indehaver af certifikattype:	Certifikatnummer:	Udstedelsesland:	(19) Betingelser/dispensationer i certifikat/helbredsgodkendelse: Nej Ja      Hvilke:
(20) Har de fået afslag på ansøgning om helbredsgodkendelse eller fået godkendelsen sat ud af kraft/inddraget? Nej      Ja      Land:		(21) Total antal Flyvetimer:	(22) Flyvetid siden Sidst:
Beskriv omstændighederne:		(23) Aktuel flyttype:	
(24) Har de haft havari eller hændelser siden sidst? Nej      Ja      Land:		(25) Formål med tjenesten:	
Beskriv omstændighederne:		(26) Nuværende aktivitet Single pilot      Multi pilot	
(27) Alkoholforbrug, opgiv mængde/uge:		(28) Bruger De nogen form for medicin?	
(29) Ryger De?    Aldrig      Nej      Ophør dato: Ja      Opgiv mængde:		Nej      Ja      Hvilken medicin og årsagen hertil:	

**Helbredsoplysninger: Alle spørgsmål skal besvares. Uddybende oplysninger skal gives i feltet nederst.**

	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Kun for kvinder	Ja	Nej
101 Øjensymptomer/øjensygdom			114 Migræne eller hyppig hovedpine		125 Syfilis eller anden alvorlig kønssygdom		150 Underlivsundersøgelser		
102 Anvendes briller eller kontaktlinser			115 Svimmelhed, besvimelse		126 Indlæggelse eller ambulans behandling		151 Er De gravid?		
103 Har De skiftet briller siden sidst			116 Bevidsthedsstab under nogen form		127 Anden sygdom eller skade		Hvis ja sidste menstruation		
104 Allergi eller høfeber			117 epilepsi, kramper, lammelser, føleforstyrrelser, hjerneblødning etc.		128 Lægebesøg siden sidst		<b>Sygdom i familien</b>		
105 Astma eller lungesygdom			118 Psykisk sygdom, depression, angst, søvnforstyrrelser, etc.)		129 Afslag på ansøgning om forsikring		170 Hjertesygdom		
106 Hjertesygdom, karsygdom			119 Alkohol-, medicin-, eller stofmisbrug		130 Afslag på ansøgning om luftfartscertifikat		171 For højt blodtryk		
107 Højt eller lavt blodtryk			120 selvmordsforsøg		131 Færdselslovovertrædelser med alkoholindtagelse		172 For højt kolesteroltal (lipider)		
108 Nyresten, blod i urinen			121 Behandlet for transportsyge		132 Kasseret til militærtjeneste		173 Epilepsi		
109 Sukkersyge eller hormonforstyrrelser			122 Malaria eller anden tropesygdom		133 Godtgørelse eller pension for skade eller sygdom		174 Psykiatrisk sygdom		
110 Mave-tarmsygdom, leversygdom			123 Blodmangel, anden blodsygdom				175 Diabetes (sukkersyge)		
111 Døvhed eller øresygdom			124 Er de testet og fundet HIV-positiv				176 Tuberkulose		
112 Næse- hals eller taleforstyrrelser							177 Allergi/astma/eksem		
113 Hovedskade, hjernerystelse							178 Arvelig lidelse		
							179 Glaukom (grøn stær)		

(30) Bemærkninger: Giv tillægsforklaring til spørgsmål besvaret med "ja"

(31) Jeg erklærer herved at de afgivne oplysninger er i overensstemmelse med sandheden. Jeg giver endvidere samtykke i overensstemmelse med forvaltningslovens § 29, stk. 2 og § 26 stk. 1, i lov om patienters retsstilling til, at Lægesektionen (AMS) i Statens Luffartsvæsen kan indhente og videregive, såvel eksisterende som fremtidige oplysninger om mine helbredsforhold, herunder de EDB-registrerede, der skønnes nødvendige for vurdering af min egnethed til opnåelse eller opretholdelse af certifikat. Samtykket bortfalder senest et år efter at det er angivet.

Dato



Ansøgerens underskrift

Flyvelægens underskrift (vidne)