



Valsts aģentūra "Civīlās aviācijas aģentūra"
State Agency „Civil Aviation Agency” Republic of Latvia

IESNIEGUMS VESELĪBAS APLIECĪBAS SAŅEMŠANAI

Veidlapa jāaizpilda pilnīgi. Ievērojiet noteikumus aizpildīšanas kārtībai.

Medicīniski konfidenciāla un ierobežotas pieejamības informācija

(1) Apliecības izdevējvalsts:		(2) Veselības apliecības klase: ☐ 1. klase ☐ 2. klase ☐ LAPL ☐ 3. klase ☐ Salona apkalpe	
(3) Uzvārds:	(4) Iepriekšējais uzvārds:		(12) Pieteikums: ☐ Pirmreizējs ☐ Atkārtots/atjaunošana
(5) Vārds:	(6) Dzimšanas datums (dd.mm.gggg)	(7) Dzimums: ☐ Vīrietis ☐ Sieviete	(13) Veselības apliecības numurs: EAMR ID numurs
(8) Dzimšanas valsts un vieta:	(9) Pilsonība:		(14) Nepieciešamā aviācijas apliecība:
(10) Pastāvīgā adrese: Tālruna Nr.: E-pasts:	(11) Faktiskā address (ja atšķiras): Tālruna Nr.:		(15) Nodarbošanās (pamatprofesija):
(18) Pašreizējā aviācijas apliecība: Apliecības numurs: Valsts:		(16) Darba devējs:	
(20) Vai jums jebkad ir bijusi atteikta, apturēta vai atsaukta aviācijas veselības apliecība jebkurā licencēšanas iestādē? ☐ Nē ☐ Jā Datums: Valsts: Piezīmes:		(17) Iepriekšējā aviācijas veselības pārbaude: Pabeigta: Datums: Vieta: ☐ Nē ☐ Jā	
(24) Vai laika posmā kopš iepr. veselības pārē. jūs esat bijis iesaistīts kādā aviācijas negadījumā vai medicīniskā notikumā licences tiesību izmantošanas laikā? ☐ Nē ☐ Jā Datums: Vieta: Piezīmes:		(19) Apliecībā/veselības apliecībā atzīmētie ierobežojumi: Piezīmes: ☐ Nē ☐ Jā	
		(21) Kopējais lidojumu stundu skaits:	(22) Lidojumu stundas kopš iepr. aviācijas veselības pārbaudes:
		(23) Eksploatējamais gaisa kuģis:	
		(25) Pašreizējā/plānotā pilota darbība: ☐ Komerציāls ☐ Nekomerציāls ☐ Cits ☐ Vienpilota ☐ Daudzpilotu	
		(26) Pašreizējā/plānotā ATC darbība: ☐ ADI ☐ APS ☐ ACS ☐ ADV ☐ APP ☐ ACP	
(27) Vai jūs lietojiet alkoholu? ☐ Nē ☐ Jā, vidējais apjoms nedēļā: Vai lietojiet narkotikas? ☐ Nē ☐ Jā, miniet veidu:		(29) Vai jūs smēķējiet? ☐ Nē, nekad ☐ Nē, gads, kad pārtraucāt: ☐ Jā, veids un daudzums	
(28) Vai jūs pašlaik lietojiet kādas zāles vai medikamentus? ☐ Nē ☐ Jā Nosaukums, devas, lietošanas sākuma datums, iemesls:			

Vispārējā un slimību anamnēze. Vai jums ir vai jebkad ir bijis kaut kas no turpmāk minētā? (lūdzu atzīmēt katrā jautājumā). Ja jā, aprakstiet ailē "Piezīmes" (30).

	Jā	Nē		Jā	Nē		Jā	Nē		Jā	Nē
(101) Acu slimības vai acu ķirurģiska ārstēšana	☐	☐	(112) Deguma, rīkles slimības vai runas traucējumi	☐	☐	(123) Malārija vai citas tropiskas slimības	☐	☐	Ģimenes anamnēze: (170) Sirds vai asinsvadu slimības ☐ ☐ (171) Paaugstināts asinsspiediens ☐ ☐ (172) Augsts holesterīna līmenis ☐ ☐ (173) Epilepsija ☐ ☐ (174) Psihiska slimība vai pašnāvības mēģinājums ☐ ☐ (175) Diabēts ☐ ☐ (176) Tuberkuloze ☐ ☐ (177) Alerģija/astma/ekzēma ☐ ☐ (178) Iedzimtas slimības ☐ ☐ (179) Glaukoma ☐ ☐ Tikai sievietēm: (150) Ginekoloģiskas vai menstruālas problēmas ☐ ☐ (151) Vai jūs esat grūtniece? ☐ ☐		
(102) Nēsātas brilles un/vai kontaktlēcas	☐	☐	(113) Galvas trauma vai kontūzija	☐	☐	(124) Pozitīvs HIV tests	☐	☐			
(103) Kopš iepriekšējās veselības pārbaudes ir izrakstītas citas brilles vai kontaktlēcas	☐	☐	(114) Biežas vai spēcīgas galvassāpes	☐	☐	(125) Seksuāli transmisīvā slimība	☐	☐			
(104) Siena drudzis, cita alerģija	☐	☐	(115) Reiboņi vai ģīboņi	☐	☐	(126) Miega apnojas sindroms vai miega traucējumi	☐	☐			
(105) Astma, plaušu slimības	☐	☐	(116) Nediagnosticēts samaņas zudums	☐	☐	(127) Muskuļu un skeleta sistēmas saslimšana	☐	☐			
(106) Sirds vai asinsvadu sistēmas slimības	☐	☐	(117) Neuroloģiskas slimības (trieka, epilepsija, krampji, paralīze u.c.)	☐	☐	(128) Kāda cita slimība vai trauma	☐	☐			
(107) Paaugstināts vai pazemināts asinsspiediens	☐	☐	(118) Jebkāda veida psiholoģiski/psihiski traucējumi	☐	☐	(129) Hospitalizācija	☐	☐			
(108) Nierakmeņi vai asinis urīnā	☐	☐	(119) Psihoaktīvo vielu pārmērīga lietošana	☐	☐	(130) Vizīte pie ārsta vai garīgās veselības speciālista kopš iepr. aviācijas medicīnas pārbaudes	☐	☐			
(109) Diabēts, hormonāli traucējumi	☐	☐	(120) Pašnāvības mēģinājums vai apzināts paškaitējums	☐	☐	(131) Dzīvības apdrošināšanas atteikums	☐	☐			
(110) Kuņģa, aknu vai zarnu darbības traucējumi	☐	☐	(121) Jūras slimība, kuras gadījumā nepieciešams lietot zāles	☐	☐	(132) Aviācijas apliecības atteikums	☐	☐			
(111) Vājdzirdība, ausu slimības	☐	☐	(122) Anēmija/sirpjveida šūnu anēmija/citas asins slimības	☐	☐	(133) Medicīniska neatbilstība militārajam dienestam	☐	☐			
						(134) Pensija/kompensācija ievainojuma vai slimības dēļ	☐	☐			
(30) Piezīmes:											

(31) **Apliecinājums:** Apliecinu, ka esmu rūpīgi pārbaudījis pieteikumā sniegtās ziņas un tās ir pilnīgas un precīzas, es neesmu noklusējis nekādu saistošo informāciju un neesmu sniedzis maldinošas ziņas. Apzinos, ka gadījumā, ja esmu sniedzis nepatiesu vai maldinošu informāciju saistībā ar šo pieteikumu vai neesmu sniedzis papildu medicīnisko informāciju, licencēšanas iestāde var atteikt man veselības apliecības izsniegšanu vai atsaukt izsniegtu veselības apliecību neatkarīgi no citām darbībām, kas piemērojamas saskaņā ar nacionālajiem tiesību aktiem.

Es atļauju visu šajā ziņojumā un tā pielikumos iekļauto informāciju pēc vajadzības darīt zināmu AME, manas licencēšanas iestādes medicīnas ekspertam, mana AME kompetentās iestādes medicīnas ekspertam, attiecīgajiem medicīnas speciālistiem aviācijas medicīnas novērtējuma un sekundārās izvērtēšanas veikšanai, apzinoties, ka šos dokumentus un arī elektroniski uzglabātu informāciju izmantos mana veselības stāvokļa atbilstības novērtēšanā, un šie dati būs licencēšanas iestādes īpašums, un tie būs pieejami man un manam ārstējošam ārstam atbilstoši valsts tiesību aktiem. Vienmēr tiks ievērota medicīniskā konfidencialitāte.

PAZIŅOJUMS PAR PERSONAS DATU IZPAUŠANU: Ar šo apliecinu, ka esmu informēts un saprotu, ka manā veselības apliecībā ietvertie dati, saskaņā ar punktu ARA.MED.130 vai, ja piemērojams, Regulas (ES) 2015/340 punktu ATCO.ARF.005, var tikt elektroniski uzglabāti un pieejami manam aviācijas medicīnas ekspertam (AME), lai nodrošinātu vēsturisko datu izmantošanu atbilstoši noteiktajam punktā MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) vai, ja piemērojams, punktā ATCO.MED.A.035(b)(2)(ii) vai ATCO.MED.A.035(b)(2)(iii). Šie dati var tikt nodoti dalībvalstu kompetento iestāžu medicīnas vērtētājiem, lai nodrošinātu punkta ARA.MED.150(c)(4) noteikto prasību izpildi.

dd.mm.gggg	Pretdenta paraksts	Aviācijas medicīnas eksperta/vērtētāja paraksts
------------	--------------------	---