

Заявление на медицинское освидетельствование

Фамилия:		Прежняя фамилия:		Идентификационный номер:	
Имя, отчество:			Дата рождения:	Пол:	1 Заявление Первичное, очередное М Ж Внеочередное
Страна выдачи свидетельства:			Запрашиваемый класс медицинского заключения: 1-й; 2-й; 3-й		
Место, страна рождения:				Профессия (основная):	
Адрес проживания		Адрес регистрации		Место работы (основное):	
				Последнее медицинское освидетельствование:	
				Дата:	
				Место:	
Эл. почта		Номер телефона		Имеющееся медицинское заключение (класс):	
Имеются ли ограничения в свидетельстве/медицинском заключении: Нет Да Указать:				Вид и номер свидетельства:	
				Страна выдачи:	
Имели ли место отказы в выдаче (приостановление, отзыв) медицинского заключения: Нет Да Дата:				Общий налет часов:	
Место:				Налет часов в межкомиссионный период:	
Подробнее:				Тип воздушного судна:	
Имели ли место авиационные события в межкомиссионный период: Нет Да Дата: Место:				Предполагаемый вид деятельности (обучение, диспетчер УВД, коммерческие перевозки, авиационные работы, частный пилот, пилот сверхлегкого воздушного судна и другие):	
Подробнее:					
Имели ли место отстранения на предполетном (предсменном) медицинском осмотре:					
Нет Да Дата: Место:					
Причина:					
Предполагаемый тип полетов: одиночный экипаж многоличный экипаж				Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты, включая безрецептурные:	
Употребляете ли Вы спиртные напитки?: Да Нет Если «Да», укажите среднее потребление за месяц (в ед. изм.)				Нет Да Если «Да», укажите какие, дату начала, суточную дозировку и причину (диагноз):	
Курите ли Вы табачные изделия?: Никогда раньше Дата прекращения В настоящее время (кол-во в день и число лет)		Фамилия, инициалы, телефон авиационного врача			
		Имеете ли Вы профессиональное заболевание?		Имеете заключение об утрате профессиональной трудоспособности или инвалидность?	
		Нет Да		Нет Да	

	Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет
Расстройство зрения, глазная хирургия			Заболевания сердца, боли в сердце, перебои в работе сердца			Малярия или другое тропическое заболевание			Заболевания сердца, случаи внезапной сердечной смерти, диабет, инсульты у родителей, бабушек и дедушек		
Ношение очков и/или контактн. линз			Злоупотребление наркотиками, алкоголем			Положительный результат анализа ВИЧ			Аллергия, астма, экзема		
Изменения в рецепте на очки, контактн. линзы			Частая или сильная головная боль			Заболевания, передаваемые половым путем			Гормональные нарушения		
Глаукома			Головокружения или обмороки			Пребывание в больнице			Расстройство желудка, печени, кишечника		
Диабет			Потеря сознания по любой причине			Любые другие заболевания или травмы			Эпилепсия, судороги в прошлом		
Повышенное артериальное давление			Неврологические заболевания			Посещение врача в межкомиссионный период			Почечный камень, кровь в моче		
Повышенный уровень холестерина			Психологические и психиатрические проблемы			Заболевания легких			Прочие		
Травмы головы или сотрясение мозга			Укачивание, требующее приема лекарств			Отказ в выдаче или отзыв свидетельства в прошлом					
Тугоухость, заболевания ушей			Попытки самоубийства			Туберкулез					
Анемия и другие заболевания крови			Наследственные заболевания			Назначение пенсии или компенсации в связи с телесными повреждениями или болезнью				Для женщин:	
Заболевание Носа, горла, Нарушения речи			Признание негодным к военной службе						Вы беременны?		
									Гинекологические заболевания		

Примечания:

Заявление: настоящим подтверждаю, что приведенные выше сведения достоверны и изложены в полном объеме. Я предупрежден об отказе в выдаче мне медицинского заключения или отзыве любого выданного ранее мне медицинского заключения, а также применения иных действий в соответствии с законодательством Российской Федерации в случае предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации, а также отказа от предоставления подтвержденной медицинской информации.

Согласие на передачу медицинской информации: настоящим я в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451, 2021, № 27, ст.5159) даю согласие на обработку персональных данных и передачу государственному полномочному органу по выдаче свидетельств медицинской информации, в том числе влияющей на безопасность полетов воздушных судов гражданской авиации.

Дата

Подпись заявителя _____

Подпись медицинского эксперта _____ / _____

ФИО