

Etternavn, fornavn og mellomnavn:	Fødselsnummer/D-nummer:
-----------------------------------	-------------------------

Evt. tidligere etternavn:	Fødested/land:	Nasjonalitet:
---------------------------	----------------	---------------

Gate/vei og husnummer:	Postnummer og -sted:	Land:
------------------------	----------------------	-------

Telefonnummer:	Mobiltelefonnummer:	E-postadresse:
----------------	---------------------	----------------

Undersøkelsen gjelder

- Førstegangs utstedelse av legeerklæring
 Fornyelse av legeerklæring

Kategori flygebevis

- Mikrofly/sportsfly Seilfly (kun for nasjonalt bevis) Varmluftballong (kun for nasjonalt bevis)
- Uten instruktørrettigheter Med instruktørrettigheter

Personlige opplysninger

Har du noen gang tidligere blitt vurdert som helsemessig uskikket til å inneha legeattest for flyging, eller har du fått legeattest suspendert eller tilbaketrukket fra en luftfartsmyndighet?

- Nei
 Ja

Hvis ja, når:
Årsak:

Land:

Driker du alkohol? Nei Ja Hvis ja, hvor mange alkoholenheter pr. uke i gjennomsnitt:

Bruker du tobakk/snus? Nei Ja Tidligere Type tobakk/snus og mengde:
Eventuell sluttdato:

Bruker du noen form for legemidler? Nei Ja Grunnen til bruken og dose:
Type legemidler:

Siste flymedisinske undersøkelse – dato: Sted: Lege:

Evt. begrensninger/dispensasjoner i legeattestens/flygebevisets rettigheter? Nei Ja Hvilke:

Totalt antall flytimer: Antall flytimer siden siste legeundersøkelse: Flytype:

Generelle opplysninger og egen sykehistorie

Kryss av ja eller nei for spørsmålene, eventuelt gi utfyllende opplysninger bak spørsmålet.

	Ja	Nei
Har du eller har du hatt øyesykdom eller operert øynene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du briller eller kontaktlinser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du endret styrke på briller eller kontaktlinser siden forrige undersøkelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt hørsnue eller allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt astma eller lungesykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt hjerte eller karsykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt høyt eller lavt blodtrykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt nyresten eller blod i urinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt sukkersyke eller annen hormonsykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt mage-, lever- eller tarmsykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt døvhets eller øresykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt nese-, hals-, eller taleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt hodeskade eller hjernerystelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt alvorlig hodepine eller hodepine ofte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nei
Har du eller har du hatt svimmelhet eller besvimt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang vært bevisstløs uavhengig årsak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt nevrologisk sykdom, slag, epilepsi, lammelser eller lignende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt psykiatriske eller psykiske problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misbruker du eller har du tidligere misbrukt alkohol, medikamenter eller narkotiske stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du foretatt selvmordsforsøk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt bevegelsesyke som er behandlet med legemiddel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt anemi eller annen blodsykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt malaria eller annen tropesykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt syfilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt søvnproblemer eller søvnapné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt muskelsykdom eller muskelsvekkelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært innlagt på sykehus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært hos legen siden forrige flymedisinske undersøkelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått avslag på utbetaling av livsforsikring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått avslag på søknad om flysertifikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blitt underkjent til militærtjeneste av medisinske grunner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du godtgjørelse eller pensjon for skade eller sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du gynekologiske eller menstruelle problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykdom i slekten

	Ja	Nei
Har noen av dine slektninger hjertesykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger høyt blodtrykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger høyt kolesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger psykiatrisk eller psykisk sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger sukkersyke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger allergi, astma eller eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger arvelig sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har noen av dine slektninger grønn stær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Søkerens erklæring

Jeg erklærer herved at jeg nøye har vurdert uttalelsene ovenfor og de er etter min beste overbevisning fullstendig og korrekt. Jeg har ikke holdt tilbake relevant informasjon eller gitt noen misvisende utsagn. Jeg forstår at hvis jeg har unnlatt å gi opplysninger eller gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med denne søknaden eller har tilbakeholdt medisinsk informasjon, kan Luftfartstilsynet nekte å utstede legeerklæring eller trekke tilbake den medisinske godkjenningen som er gitt tidligere uten at dette berører andre tiltak gjeldende i henhold til nasjonal lovgivning. Jeg forstår også at brudd på opplysningsplikten kan straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder.

Samtykkeerklæring: Jeg samtykker i at samtlige opplysninger i foreliggende søknad oversendes ansvarlig luftfartsmyndighet. Medisinsk konfidensialitet vil bli respektert til enhver tid. Medisinsk informasjon som luftfartsmyndigheten blir kjent med i godkjenningsperioden vil forbli myndighetens eiendom og kan ved behov fremlegges for sivil legenemnd, annen flylege eller flymedisinsk senter.

Dato.....

Søkerens underskrift:

Legens underskrift og HPR-nummer:

Legens navn og adresse:

.....

.....

Telefon:

E-post: