



TRANSPORTO KOMPETENCIJŲ AGENTŪRA / ŠALIS-NARĖ
TRANSPORT COMPETENCE AGENCY REPUBLIC OF LITHUANIA / MEMBER STATE

PRAŠYMAS SVEIKATOS PAŽYMĖJIMUI GAUTI / APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE

Atsakykite į visus klausimus, atsakymus rašykite didžiosiomis raidėmis. Perskaitykite instrukciją, kaip teisingai atsakyti į klausimus.

/Complete this page fully and in block capitals. Refer to instructions pages for details.

KONFIDENCIALŪS DUOMENYS / MEDICAL IN CONFIDENCE

(1) Licenciją išdavusi valstybė / State of licence issue:		(2) Kokios klasės sveikatos pažymėjimą norite gauti / Medical certificate applied for: 1 klasės/class ☐ 2 klasės/class ☐ LAPL ☐ CCA ☐ 3 klasės/class ☐	
(3) Pavardė / Surname:		(4) Anksčiau turėtos pavardės / Previous surname(s):	(12) Prašymas / Application: Pirminis / Initial ☐ Pratęsti / Atnaujinti ☐ / Revalidation / Renewal
(5) Vardas (-ai) / Forename(s):		(6) Gimimo data (dd/mm/yyyy) / Date of birth (dd/mm/yyyy):	(7) Lytis / Sex: Vyr. / Male ☐ Mot. / Female ☐
(8) Gimimo vieta ir valstybė / Place and country of birth:		(9) Pilietybė / Nationality:	
(10) Pastovios gyvenamosios vietos adresas / Permanent address: Valstybė / Country: Telefono Nr.: / Telephone No.: Mobiliojo tel. Nr. / Mobile No.: El. pašto adresas / E-mail:		(11) Pašto adresas (jei skiriasi) / Postal address (if different): Valstybė / Country: Telefono Nr.: / Telephone No.:	
		(13) Bylos Nr.: / Reference number:	
		(14) Prašomos licencijos tipas / Type of licence applied for:	
		(15) Pagrindinės pareigos / Occupation (principal):	
		(16) Darbdavys / Employer:	
		(17) Paskutinė medicinos ekspertizė / Last medical examination: Data / Date: Vieta / Place:	
(18) Turima aviacijos licencija (-s) (tipas) / Aviation Licence(s) held (type): Licencijos Nr.: / Licence No. Valstybė, išdavusi licenciją / State of issue:		(19) Licencijoje / Sveikatos pažymėjime nurodytos ypatingos būklės / apribojimai. / Any limitations on Licence(s) / Medical certificate Nėra / No ☐ Yra / Yes ☐ Apibūdinkite / Details:	
(20) Ar kokia nors licencijavimo tarnyba praityje nepripažino, sustabdė, nutraukė Jūsų sveikatos pažymėjimo galiojimą? / Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority? Ne / No ☐ Taip / Yes ☐ Data / Date: Valstybė / Country:		(21) Bendrasis skrydžių laikas valandomis / Flight time hours total: Val. / Hrs Netaikoma ☐ / n/a	
Apibūdinkite / Details:		(22) Skraidytų valandų skaičius po paskutinio sveikatos patikrinimo / Flight time hours since last medical examination: Val. / Hrs Netaikoma ☐ / n/a	
(24) Jūsų pilotuojamo orlaivio avarijos / incidentai po paskutinio sveikatos patikrinimo / Any aviation accident or reported incident since last medical examination? Ne / No ☐ Taip / Yes ☐ Data / Date: Vieta / Place:		(23) Kokios klasės / tipo orlaiviais skraidote šiuo metu? / Aircraft class/type(s) presently flown: Netaikoma ☐ / n/a	
Apibūdinkite / Details:		(25) Numatomas skrydžių pobūdis / Type of flying intended: Netaikoma ☐ / n/a	
(27) Ar vartojate alkoholį / Do you drink alcohol? ☐ Ne / No ☐ Taip, nurodykite kiekį / Yes, amount		(26) Pilotų veikla: skraidote lėktuvais, kurių įgulą sudaro / Present pilot activity: Vienas pilotas / Single pilot ☐ Daugiau nei vienas pilotas / Multi pilot ☐ Skrydžių vadovo veikla / Current ATCO activity: ADI ☐ APS ☐ ACS ☐	
(29) Ar rūkote? / Do you smoke tobacco? ☐ Ne, niekada / No, never ☐ Ne, data, kai меčiau / No, date stopped: ☐ Taip, nurodykite tipą ir kiekį / Yes, state type and amount:		(28) Ar šiuo metu vartojate vaistus? / Do you currently use any medication? Ne / No ☐ Taip / Yes ☐ Nurodykite vaistų pavadinimą, dozę, gydymo pradžios datą ir priežastį / State medication, dose, date started and why:	

Bendra ir ligų istorija: Ar sergate, arba esate sirgęs viena iš šių ligų? (Pažymėkite). Jei yra sveikatos pokyčių, įrašykite tai pastabų skiltyje (Nr. 30).

/General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? (Please tick). If yes, give details in remarks section (30).

Taip Ne			Taip Ne			Taip Ne			Šeimos ligų istorija			Taip Ne			
/Yes /No			/Yes /No			/Yes /No			/Family history of:			/Yes /No			
101 Akių ligos / operacijos / Eye trouble/eye operation			112 Nosies, gerklės ligos, kalbos sutrikimai / Nose, throat or speech disorder			123 Maliarija arba kitos tropinės ligos / Malaria or other tropical disease			170 Širdies ligos / Heart disease						
102 Nešiojate arba nošiojote akinius ir / ar kontaktinius lęšius / Spectacles and/or contact lenses ever worn			113 Galvos sužalojimas ar smegenų sukrėtimas / Head injury or concussion			124 Teigiamas ŽIV mėginys / A positive HIV test			171 Aukštas kraujo spaudimas / High blood pressure						
			114 Dažni ar stiprūs galvos skausmai /Frequent or severe headaches			125 Lytiniu keliu plintančios ligos / Sexually transmitted disease			172 Padidėjęs cholesterolio kiekis / High cholesterol level						
103 Akinių, kontaktinių lęšių recepto pokyčiai po paskutinio sveikatos patikrinimo / Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam.			115 Galvos svaigimas ar alpimo priepuoliai / Dizziness or fainting spells			126 Miego sutrikimai / apnėjos sindromas / Sleep disorder/apnoea syndrome			173 Epilepsija / Epilepsy						
			116 Sąmonės praradimas dėl bet kurios priežasties / Unconsciousness for any reason			127 Skeleto raumenų susirgimai / pablogėjimas / Musculoskeletal illness/impairment			174 Psichinės ligos ar savižudybės šeimoje / Mental illness or suicide						
104 Šienligė, kitos alergijos / Hay fever, other allergy			117 Nervų ligos: insultas, epilepsija, priepuoliai, paralyžius ir kt. / Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.			128 Kitos ligos arba traumos /Any other illness or injury			175 Diabetas / Diabetes						
105 Astma, plaučių ligos / Asthma, lung disease						129 Gydyimasis ligoninėje /Admission to hospital			176 Tuberkuliozė / Tuberculosis						
106 Širdies ir kraujagyslių ligos / Heart or vascular trouble			118 Psichikos ligos, psichologiniai sutrikimai / Psychological/psychiatric trouble of any sort			130 Apsilankymas pas gydytoją po paskutinio sveikatos patikrinimo /Visit to medical practitioner since last medical examination			177 Alergija / astma / egzema /Allergy/asthma/eczema						
107 Aukštas arba žemas kraujospūdis / High or low blood pressure									178 Paveldimos ligos / Inherited disorders						
108 Inkstų akmenligė arba kraujo pėdsakai šlapime / Kidney stone or blood in urine			119 Alkoholio, narkotikų, psichotropinių medžiagų vartojimas / Alcohol/drug/substance abuse			131 Draudimo kompanijos atsisakymas sudaryti sveikatos draudimo sutartį / Refusal of life insurance			179 Glaukoma / Glaucoma						
109 Diabetas, hormonų sutrikimai / Diabetes, hormone disorder			120 Mėginimas nusižudyti ar savęs žalojimas / Attempted suicide or self-harm			132 Nutrauktas, sustabdytas Jūsų licencijos galiojimas / Refusal of flying/ATCO licence			Tik moterims /Females only: 150 Ginekologinės ligos, menstruacijų ciklo sutrikimai / Gynaecological, menstrual problems						
110 Skrandžio, kepenų ar žarnyno ligos / Stomach, liver or intestinal trouble			121 Būtinas gydymas dėl judėjimo ligos / Motion sickness requiring medication			133 Atleidimas nuo / iš karinės tarnybos dėl sveikatos būklės / Medical rejection from or for military service									
111 Kurtumas, ausų ligos / Deafness, ear disorder			122 Anemija / pjautuvo tipo ląstelės / kiti kraujo susirgimai / Anaemia/sickle cell trait/other blood disorders			134 Pensijos arba kompensacijos paskyrimas dėl sužeidimo arba ligos / Award of pension or compensation for injury or illness				151 Ar esate nėščia? / Are you pregnant?					
(30) Pastabos: Jei nėra jokių sveikatos pokyčių po paskutinio patikrinimo, įrašykite tai. /Remarks: If previously reported and no change since, so state.															
(31) PAREIŠKIMAS: aš tvirtinu, kad, įdėmiai perskaitęs klausimus, pateikiau išsamius ir teisingus duomenis apie save ir nenuslėpiau nė vieno fakto dėl savo sveikatos būklės ir jos pokyčių bei duomenų apie atliktus papildomus tyrimus. Aš suprantu, kad dėl šiamo pareiškime pateiktų neteisingų arba klaidinančių faktų apie savo sveikatą, licenzijuojanti institucija gali atsisakyti išduoti man sveikatos pažymėjimą arba gali nutraukti (sustabdyti) jo galiojimą. /DECLARATION: I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law. SUTIKIMAS PATEIKTI MEDICINOS DUOMENIS: aš sutinku pateikti visą informaciją, esančią šioje formoje ir jos prieduose, apie mano sveikatos būklę AMG ir licencijavimo institucijos aviacijos medicinos vertintojui ir sutinku, kad šie dokumentai ar elektroniniu būdu saugomi duomenys būtų naudojami aviacijos medicinos išvadai padaryti ir kad jie taptų bei išliktų licencijavimo institucijos nuosavybe, paliekant man, mano AMG ir licencijuojančios institucijos ekspertui vertintojui teisę su jais susipažinti, kaip nustatyta įstatymuose. Visuomet laikysiuosi medicinos duomenų konfidencialumo. /CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the my licensing authority and to the medical assessor of the competent of my AME and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times. PRANEŠIMAS APIE ASMENS DUOMENŲ ATSKLEIDIMĄ: aš tvirtinu, kad esu informuotas ir suprantu, kad informacija, esanti šioje formoje ir jos prieduose bei sveikatos pažymėjime gali būti saugoma elektroninėje duomenų bazėje, kaip numatyta ARA.MED.130 ir teikiama AMG, siekiant susipažinti su mano duomenų istorija, kaip numatyta MED.A.035(b)(2)(ii)(iii), ir Europos Sąjungos šalių narių kompetetingos institucijos ekspertams-vertintojams, siekiant palengvinti ARA.MED.150(c)(4) vykdymą. NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONNEL DATA: I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate according to ARA.MED.130 may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) and to the medical assessors of the competent authorities of the Member States in order to facilitate the enforcement of ARA.MED.150(c)(4)															
Data /Date			Prašančiojo asmens parašas /Signature of applicant			AMG / Medicinos eksperto) parašas /Signature of AME/(Medical assessor)									