

Magyarország

Orvosi Titoktartásra Köteleezett

(1) Melyik JAA tagállam hatóságához kéri a vizsgálati lap továbbítását?		Melyik Egészségügyi Osztályban kéri minősítését? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Egyéb	
Vezetéknév:		(4) Korábbi vezetéknév:	
(5) Keresztnév(ek):		(6) Születési idő: Neme: <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő	
(8) Születési hely és ország:		(9) Melyik állam polgára:	
(10) Állandó lakcím:		(11) Levelezési cím (ha eltér a lakcímétől - 10.pont)	
Ország: Telefonszám:		Ország: Telefonszám:	
(18) Szakszolgálati engedélye: Száma:		Kibocsátó ország:	
(20) Orvosi minősítését elutasította, korlátozta vagy felfüggesztette-e korábban valamely légiközlekedési hatóság? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Időpont: Ország: Részletezze:		(12) A jelenlegi kérelem típusa. <input type="checkbox"/> Első vizsgálat <input type="checkbox"/> Meghosszabbító/ megújító (13) Hivatkozási szám: (14) Milyen típusú szakszolgálati engedélyt kérelmez: (15) Főfoglalkozása: (16) Munkáltatója:	
(24) Repülőeseménye volt-e az utolsó orvosi minősítése óta: <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Időpont: Helyszín: Részletezze:		(17) Utolsó orvosi vizsgálat: Időpont: Helye: (19) Van-e valamilyen szakszolgálati vagy egészségügyi korlátozása: <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Részletezze:	
(27) Alkohol fogyasztása - egység/hét: (28) Jelenleg szed-e gyógyszert? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Mit, mióta, milyen adagban és milyen okból szed?		(21) Teljes repülési idő (h): (22) Repült idő (h) az utolsó orvosi vizsgálat óta: (23) Jelenleg repült típusa: (25) Milyen típuson kíván a jövőben repülni? (26) Jelenlegi repülésének jellege: <input type="checkbox"/> Egypilótás üzem <input type="checkbox"/> Többtagú személyzetben (29) Dohányzási szokása: <input type="checkbox"/> Soha <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen Elhagyás időpontja: Dohányzás módja?	

Egészségi állapotára vonatkozó adatok: Előfordult-e korábban az alábbiak valamelyike? Igen/ Nem választ adjon; igen válasz esetén a (30) Megjegyzések ponthoz írja.

Igen	Nem	Igen	Nem	Igen	Nem	Igen	Nem
(101) Szemészeti betegség/műtét	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Orr/ garat/ beszédet zavaró betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malária/ egyéb trópusi betegség	<input type="checkbox"/>
(102) Szemüveg/ kontaktlencse viselése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Fejsérülés/ agyrázkódás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Pozitív HIV teszt	<input type="checkbox"/>
(103) Változott-e szemüvege/ kontaktlencséje az utolsó minősítése óta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Gyakori vagy súlyos fejfájás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Nemi betegség	<input type="checkbox"/>
(104) Allergia/ szénanátha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Szédülés vagy ájulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Kórházi beutalás	<input type="checkbox"/>
(105) Asztma/ egyéb tüdőbetegségek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Bármilyen eredetű eszméletvesztés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Bármilyen egyéb betegség/ sérülés	<input type="checkbox"/>
(106) Szív- vagy érrendszeri betegségek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Idegrendszeri betegség: epilepszia, bénulás, görcsök stb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Bármilyen orvosi vizsgálat az utolsó orvosi minősítés óta	<input type="checkbox"/>
(107) Magas/ alacsony vérnyomás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Az elmeállapot bármilyen zavara: depresszió, szorongás, stb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Életbiztosítás elutasítása	<input type="checkbox"/>
(108) Vesekő/ véres vizelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Visszaélés alkohollal vagy kábítószerrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Repülési szakszolgálati engedély elutasítása	<input type="checkbox"/>
(109) Cukorbetegség vagy más hormonális elváltozás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Öngyilkossági kísérlet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Felmentés egészségügyi okból katonai szolgálat alól	<input type="checkbox"/>
(110) Gyomor-, máj vagy bélpanaszok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Kezelés igénylő mozgásbetegség (pl. légi- vagy tengeri betegség)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Betegségi vagy baleseti járadék, rokkant nyugdíj	<input type="checkbox"/>
(111) Nagyothallás, fülbetegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Vércsökkentés bármely típusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(30) Megjegyzés:

Történt-e változás az utolsó orvosi vizsgálat óta? ☐ Igen ☐ Nem

(31) Nyilatkozat: Ezennel kijelentem, hogy a fenti adatokat a legjobb tudásom szerint adtam meg, nem titkoltam el semmi fontos információt és nem szolgáltattam félrevezető adatokat. Tudomásul veszem, hogy téves, félrevezető vagy hiányos adatközlés esetén a Hatóság megtagadhatja az Orvosi Minősítés kiadását, vagy azt visszavonhatja.

**Hozzájárulok az orvosi adatok továbbításához.** Hozzájárulok, hogy ezen orvosi vizsgálati lap (és mellékletei) adataiba a vizsgálo orvos, a magyar és más államok légiközlekedési hatóságainak Repülés-egészségügyi Szolgálatai betekinthesse. Tudomásul veszem, hogy az orvosi minősítéssel kapcsolatos vizsgálati anyagot (jelen vizsgálati lap és az elektronikusán tárolt adatok is) a légiközlekedési hatóság az orvosi titoktartás mindenkor betartásával kezeli, én vagy kezelőorvosom, a jogszabályi határok között betekintéssel bírnak.

Dátum	A vizsgált személy aláírása	Vizsgáló orvos aláírása (mint tanú)	Vizsgáló orvos neve és címe:  <div> <div>Telefon:</div> <div>Fax:</div> <div>Vizsgáló orvos pecsét</div> </div>
-------	-----------------------------	-------------------------------------	---



## ORVOSI VIZSGÁLATI LAP

KÉRJÜK, A TELJES ADATLAPOT TÖLTSE KI NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL, AZ ÚTMUTATÓ UTASÍTÁSAI SZERINT

Magyarország

Orvosi Titoktartás

(201) A vizsgálat típusa <input type="checkbox"/> Első <input type="checkbox"/> Meghosszabbító/Megújító <input type="checkbox"/> Kibővített <input type="checkbox"/> Külön elrendelésre	(202) Testmagasság g  cm	(203) Testsúly  kg	(204) Szemszín	(205) Hajszín	(206) Vérnyomás ülő helyzetben Hgmm Szisztolés      Diasztolés	(207) Pulzus- nyugalmi /perc  Ritmusa <input type="checkbox"/> Ritmikus <input type="checkbox"/> Aritmiás
---	-----------------------------------	--------------------------	----------------	---------------	--	--

Klinikai vizsgálat eredménye: mindegyik tételt jelölje

	Normál	Kóros		Normál	Kóros
(208) Fej,arc,nyak,hajas fejbőr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Has,sérv,máj,lép	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Száj,garat,fogak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Emésztőrendszer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Orr és melléküregei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Húgy- és nemi szervek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Fül,dobhártyák( mobilításuk is)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Endokrin rendszer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Szem-szemüveg és védőszerkezet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Felső és alsó végtagok,izületek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Szem- pupillák és szemfenék	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Gerinc,izom és vázrendszer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Szem-szemmozgások;nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Idegrendszer-reflexek,stb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Tüdő,mellkas,mellek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Pszichiátria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Szív	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Bőr,nyirokszervek,azonosítási jelek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Érendszer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Általános fizikai állapot/alkat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Megjegyzés: Minden normálistól eltérő leletet itt részletezzen,a megfelelő sorszámmal jelezve.

Látóélesség (229) Távoli látás (5m/6m)	Szemüveg	Kontakt lencse
Jobb szem korr. nélkül	Korrektcióval	
Bal szem korr. nélkül	Korrektcióval	
Két szem korrekció	Korrektcióval	

(230) Közbenő látás N14 100 cm-ről	Korrektció nélkül	Korrektcióval
	Igen	Nem
Jobb szem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bal szem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Két szem együtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) Közeli látás N5 30-50 cm-ről	Korrektció nélkül	Korrektcióval
	Igen	Nem
Jobb szem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bal szem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Két szem együtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Szemüveg	(233) Kontakt lencse
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Típus:	Típus:
Refrakció Sph	Cylinder
Jobb szem	Tengely
Bal szem	Addíció

(246) Színlátás
Pseudo-isochromatikus tábla
Táblák száma:
Hibák száma:

(234) Hallás ( Ha a 241 nem történt meg)	Jobb fül	Bal fül
Társalgási beszéd 2 m-ről háttal a vizsgálónak	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Audiometria		
Hz	500	1000
Jobb		
Bal		

(248) Megjegyzés, korlátozás, javaslat:

(236) Légzésfunkció	(237) Hemoglobín
FEV1/FVC	%
<input type="checkbox"/> Normál <input type="checkbox"/> Kóros	<input type="checkbox"/> Normál <input type="checkbox"/> Kóros

(235) Vizeletvizsgálat			
<input type="checkbox"/> Normál <input type="checkbox"/> Kóros			
Cukor	Fehérje	Vér	Egyéb

Csatolt leletek	Nem történt	Normál	Kóros
(238) EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Szemészeti vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Fül-orr-gégészeti vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Vércsírok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Légzésfunkciós vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Szemnyomás B: J: Hgmm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247) A vizsgáló orvos véleménye:

A vizsgálat személy neve:
Születési idő:
<input type="checkbox"/> Alkalmas a következő Egészségügyi Osztályban:
<input type="checkbox"/> Nem alkalmas
a Rendelet pontja alapján
NAT para
<input type="checkbox"/> További vizsgálat szükséges ( indoklása és ki fogja végezni?)

(249) A vizsgáló orvos nyilatkozata:

Ezennel kijelentem, hogy a fent nevezett egyént magam,illetve vizsgáló repülőorvos munkatársaim személyesen megvizsgálatuk és a lapon feltüntetett adatok teljesek,a valóságnak megfelelnek.

(250) Vizsgálat helye,ideje:	A vizsgáló repülőorvos neve , címe ( nyomtatott betűvel):	A vizsgáló repülőorvos pecsét száma :
A vizsgáló orvos aláírása:	Telefon:	
	Telefax:	



## SZEMÉSZETI VIZSGÁLATI LAP

KÉRJÜK, A TELJES ADATLAPOT TÖLTSE KI NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL, AZ ÚTMUTATÓ UTASÍTÁSAI SZERINT

Magyarország

Orvosi Titoktartás

Melyik tagország hatóságához kéri a vizsgálati lap továbbítását:	Melyik Egészségügyi Osztályban kéri a minősítést:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 (ATC)	<input type="checkbox"/> Egyéb
(3) Vezetéknév:	(4) Korábbi vezetéknév:	(12) A jelenlegi kérelem típusa: <input type="checkbox"/> Első <input type="checkbox"/> Megújító, meghosszabbító			
(5) Keresztnév:	(6) Születési idő:	(7) Neme: <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő	Repülőegészségügyi hivatkozási szám:		
(8) Születési hely és ország:	(9) Melyik állam polgára:	Milyen típusú szakszolgálati engedélyt kérelmez:			
(301) Hozzájárulás Ezennel hozzájárulok, hogy ezen vizsgálati lap ( és mellékletei) adataiba betekinthessem a vizsgáló orvos, a magyar és a külföldi légiközlekedési hatóságok Repülőegészségügyi Szolgálatai. Tudomásul veszem, hogy az orvosi minősítéssel kapcsolatos vizsgálati anyagot ( jelen vizsgálati lap és az elektronikusan tárolt adatok is) a Polgári Légiközlekedési Hatóság, az Orvosi Titoktartás mindenkor betartásával kezeli, és abba én vagy kezelőorvosom, a jogszabályi keretek között betekintéssel bírunk.  Datum: A vizsgált személy aláírása: A vizsgáló orvos aláírása ( mint tanú):					

(302) A vizsgálat típusa: <input type="checkbox"/> Első <input type="checkbox"/> Meghosszabbító/megújító <input type="checkbox"/> Külön elrendelésre	(303) Szemészeti kórelőzmény:
---	-------------------------------

Klinikai vizsgálat: Minden rovatot jelöljön	normál	Kóros
(304) Szem és külső védőrendszerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Szem vizsgálata (részlámpa, stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Szem helyzete, mozgása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Látótér ( konfrontális)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupilla reflexek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Szemfenék	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Konvergencia	cm	<input type="checkbox"/>
(311) Akkomodáció	D	<input type="checkbox"/>

(312) Szemizmok egyensúlya ( prizma dioptriában)	5/6 m	30-50 cm
Ortho	Ortho	
Eso	Eso	
Exo	Exo	
Hyper	Hyper	
Cyclo	Cyclo	
Tropia	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Nem	Phoria <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Nem
Kritikus fúziós frekvencia	<input type="checkbox"/> Nem történt <input type="checkbox"/> normál <input type="checkbox"/> Kóros	

(313) Színlátás	
Pseudo-Isochromatikus tábla	Típusa:
Táblák száma:	Hibák száma:
További színérzékelési vizsgálatok	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Nem
Típusa:	
<input type="checkbox"/> Színbiztos	<input type="checkbox"/> nem színbiztos

(321) Szemészeti megjegyzés, javaslat:
--

(322) A kezelőorvos nyilatkozata: Ezennel kijelentem, hogy a fent nevezett egyént magam, illetve vizsgáló repülőorvos munkatársaim személyesen megvizsgálatuk és a lapon feltüntetett adatok teljesek, a valóságnak megfelelnek.	
(323) A vizsgálat helye és időpontja:	A szemész vizsgáló orvos neve és címe ( nyomtatott betűvel) és aláírása
A vizsgáló repülőorvos aláírása:	A vizsgáló repülőorvos neve , pecsétje és száma ( nyomtatott betűvel):
	Telefon: Telefax:



## FÜL-ORR-GÉGÉSZETI VIZSGÁLATI LAP

KÉRJÜK, A TELJES ADATLAPOT TÖLTSE KI NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL, AZ ÚTMUTATÓ UTASÍTÁSAI SZERINT

Magyarország

Orvosi Titoktartás

(1) Melyik JAA tagállam hatóságához kéri a vizsgálati lap	(2) Melyik Egészségügyi Osztályban kéri minősítését? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Egyéb	
(3) Vezetéknév:	(4) Korábbi vezetéknév:	(12) Jelenlegi kérelem típusa: <input type="checkbox"/> Első <input type="checkbox"/> Megújító, meghosszabbító
(5) Vezetéknév:	(6) Születési idő:	(7) Neme. <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
(8) Születési hely és ország:	(9) Melyik állam polgára:	(13) Repülőorvosi hivatkozási szám:
(14) Milyen típusú szakszolgálati engedélyt kérelmez:		
(401) Hozzájárulás: Ezennel hozzájárulok, hogy ezen vizsgálati lap (és mellékletei) adataiba betekinthesse a vizsgáló orvos, a magyar és a külföldi légiközlekedési hatóságok Repülőegészségügyi Szolgálatai. Tudomásul veszem, hogy az orvosi minősítéssel kapcsolatos vizsgálati anyagot (jelen vizsgálati lap és az elektronikusan tárolt adatok is) a Polgári Légiközlekedési Hatóság, az Orvosi Titoktartás mindenkor betartásával kezeli, és abba én vagy kezelőorvosom, a jogszabályi keretek között betekintéssel bírnak.  Dátum: A vizsgált személy aláírása: A vizsgáló orvos aláírása (mint tanú):		

(402) A vizsgálat típusa: <input type="checkbox"/> Első <input type="checkbox"/> Külön elrendelésre	(403) Fül-orr-gégészeti kórelőzmény:
---	--------------------------------------

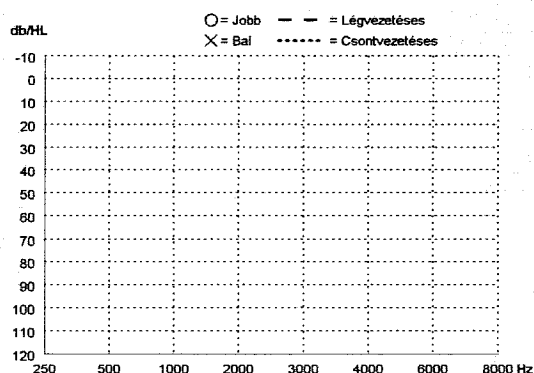
Klinikai vizsgálat			
Minden rovatot jelöljön	Normál	Kóros	
(404) Fej, arc, nyak, hajas fejbőr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(405) Szájüreg, fogak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(406) Garat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(407) Orrjáratok és az orr-garat tájék (anterior rhinoscopia is)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(408) Egyensúlyszervek (Romberg teszt is)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(409) Beszéd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(410) Orrmelléküregek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(411) Külső hallójárat, dobhártya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(412) Pneumatikus otoszkópia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(413) Tympanometria, Valsalva-mánóverrel is (csak első alkalommal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kiegészítő vizsgálatok (klinikai indikáció alapján)	Nem történt	Normál	Kóros
(414) Beszéd audiometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Posterior rhinoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG; spontán vagy pozicionális nystagmus vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Kalorizálás vagy vesztibuláris autorotációs teszt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laringoszkópia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### (419) Tisztahang audiometria

db HL (hallásküszöb)				
Hz	Légvezetés		csontvezetés	
	Jobb fül	Bal fül	Jobb fül	Bal fül
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

### (420) Audiogram



### (421) Fül-orr-gégészeti megjegyzés, javaslat:

--

### (422) Vizsgáló orvos nyilatkozata:

Ezennel kijelentem, hogy a fent nevezett egyént magam, illetve vizsgáló repülőorvos munkatársaim személyesen megvizsgáltuk és a lapon feltüntetett adatok teljesek, a valóságnak megfelelnek.

(423) A vizsgálat helye és időpontja:	A fül-orr-gégész vizsgáló orvos neve és címe (nyomtatott betűvel) és	A vizsgáló repülőorvos neve, pecsétje és száma (nyomtatott betűvel):
A vizsgáló repülőorvos aláírása:	Telefon: Telefax:	



# APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS - REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS

Hungary

Medical in Confidence

(1) JAA State of licence issue:		(2) Class of medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Others	
(3) Surname:	(4) Previous surname(s):		(12) Application: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal/Revalidation
(5) Forenames:	(6) Date of birth:	(7) Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	(13) System reference number:
(8) Place and country of birth:	(9) Nationality:		(14) Type of licence applied for:
(10) Permanent address:	(11) Postal address (if different):		(15) Occupation (principal):
Country: Telephone No.:	Country: Telephone No.:		(16) Employer:
(18) Aviation licence(s) held (type): Licence number: Country of issue:			(17) Last medical examination: Date: Place:
(20) Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date: Country: Details:			(19) Any Conditions/ Limitations/ Variations on the Licence/ Medical Certificate: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Details:
(24) Any aircraft accident or reported incident since last medical? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date: Place: Details:			(21) Total flight time hours: (22) Flight time hours since last medical:
(27) Alcohol - state average weekly intake in units:			(23) Aircraft presently flown:
(28) Do you currently use any medication <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes State drug, dose, date started and why:			(25) Type of flying intended:
			(26) Present flying activity: <input type="checkbox"/> Single pilot <input type="checkbox"/> Multi-pilot Crew
			(29) Do you smoke tobacco? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date stopped:
			State type and amount:

General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? YES or NO (or as indicated) must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section.

	Yes	No		Yes	No		Yes	No		Yes	No
(101) Eye trouble/ eye operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Nose, throat or speech disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Malaria or other tropical disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Females only</b> (150) Gynaecological troubles, menstrual problems (151) Are you pregnant?		
(102) Spectacles and/or contact lenses ever worn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Head injury or concussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) A positive HIV test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(103) Spectacles/ contact lens prescriptions change since last medical exam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(114) Frequent or severe headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Sexually transmitted disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Family history of:</b> (170) Heart disease (171) High blood pressure (172) High cholesterol level (173) Epilepsy (174) Mental illness (175) Diabetes (176) Tuberculosis (177) Allergy/asthma/eczema (178) Inherited disorders (179) Glaucoma		
(104) Hay fever, other allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Dizziness or fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Admission to hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(105) Asthma, lung disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Unconsciousness for any reason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Any other illness or injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Heart or vascular trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Neurological disorders: stroke, epilepsy, seizure, paralysis etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Visit to medical practitioner since last medical examination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) High or low blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Psychological/psychiatric trouble of any sort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Refusal of life insurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Kidney stone or blood in urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Alcohol/drug/substance abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Refusal of flying licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Diabetes, hormone disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Attempted suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Medical rejection from or for military service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Stomach, liver or intestinal trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Motion sickness requiring medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Award of pension or compensation for injury or illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Deafness, ear disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anaemia / Sickle cell trait/ other blood disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarks:
Are there any changes since the last medical check? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**(31) 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 statement. I understand that if I have made any false or misleading statement in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the 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.

**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 Aeromedical Section and where necessary the Aeromedical Section of another State, 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 Authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical Confidentiality will be respected at all times.

Date	Signature of applicant	Signature of AME (Witness)	Examiner's Name and Address:  Tel: Fax: AME No.:
------	------------------------	----------------------------	--



## MEDICAL EXAMINATION REPORT

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS - REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS

Hungary

Medical in Confidence

(201) Examination Category <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Revalidation/Renewal <input type="checkbox"/> Extended <input type="checkbox"/> Special referral	(202) Height  cm	(203) Weight  kg	(204) Eye Colour	(205) Hair Colour	(206) Blood Pressure - seated mmHg Systolic      Diastolic	(207) Pulse - resting Rate (bpm)      Rhythm <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular
---	------------------------	------------------------	------------------	-------------------	--	---

### Clinical examination: Check each item

	Normal	Abnormal		Normal	Abnormal
(208) Head, face, neck, scalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernia, liver, spleen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Mouth, throat, teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Gastrointestinal system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nose, sinuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Genito-urinary system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Ears, drums, eardrum motility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Endocrine system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Eyes - orbit & adnexa; visual fields	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Upper & lower limbs, joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Eyes - pupils and optic fundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Spine, other musculoskeletal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Eyes - ocular motility; nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Neurologic - reflexes, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Lungs, chest, breasts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Skin, identifying marks and lymphatics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Vascular system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) General systemic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment

Visual acuity		Glasses		Contact lenses	
(229) Distant vision at 5m/6m					
Right eye, uncorr.		Corrected to			
Left eye, uncorr.		Corrected to			
Both eyes, uncorr.		Corrected to			

(230) Intern. vision	Uncorrected		Corrected	
N14 at 100 cm	Yes	No	Yes	No
Right eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Left eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Both eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) Near vision	Uncorrected		Corrected	
N5 at 30-50 cm	Yes	No	Yes	No
Right eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Left eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Both eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Glasses		(233) Contact lenses	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Type:		Type:	
Refraction	Sph	Cyl	Axis    Add
Right eye			
Left eye			

(246) Colour perception	
Pseudo-isochromatic plates	Type:
Plates:	No of errors:

(234) Hearing (when 241 not performed)	Right ear	Left ear
Conversational voice test (2 m) back turned to examiner	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Audiometry		
Hz	500	1000    2000    3000
Right		
Left		

(236) Pulmonary function	(237) Haemoglobin
FEV1/FVC      %	g/dl
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal

(235) Urinalysis			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal			
Glucose	Protein	Blood	Other

Accompanying Reports	Not performed	Normal	Abnormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Ophthalmology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) ORL (ENT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Blood lipids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Pulmonary function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonometry L:      R:      mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247) Aviation medical examiner's recommendation
Name of the applicant:
Date of birth:
<input type="checkbox"/> Fit class
<input type="checkbox"/> Unfit class
JAR-FCL 3 para
ATC/SRT para
NAT para
<input type="checkbox"/> Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?

(248) Comments, restrictions, limitations:

### (249) Medical examiner's declaration:

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

(250) Place and date:	Examiner's Name and Address (Block Capitals)	AME No.:
Authorised Medical Examiner's Signature:	Telephone No.:	
	Telefax No.:	



## OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS - REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS

Hungary

Medical in Confidence

(1) JAA State of licence issue:	(2) Class of medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Others		
(3) Surname:	(4) Previous surname(s):	(12) Application: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal/Revalidation	
(5) Forenames:	(6) Date of birth:	(7) Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	(13) System reference number:
(8) Place and country of birth:	(9) Nationality:	(14) Type of licence applied for:	
(301) 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 Aeromedical Examiner, the Authority and where necessary the Aeromedical Section of another State, recognising that these documents or any other electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the Authority, providing that I or my physician may have access to them according to the national law. Medical Confidentiality will be respected at all times.  Date: _____ Signature of the applicant: _____ Signature of the medical examiner (witness): _____			

(302) Examination Category: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal/Reval <input type="checkbox"/> Special referral	(303) Ophthalmological history:
--	---------------------------------

Clinical examination:		Normal	Abnormal
Check each item			
(304) Eyes, external & eyelids		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Eyes, Exterior (slit lamp, ophth.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Eye position and movements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Visual fields (confrontation)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupillary reflexes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fundi (Ophthalmoscopy)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Ocular muscle balance (in prisms dioptres)	
Distant at 5/6 meters	Near at 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Phoria <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fusional reserve testing <input type="checkbox"/> Not performed <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	

(313) Colour perception	
Pseudo-Isochromatic plates	Type:
No of plates:	No of errors:
Advanced colour perception testing indicated <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Method:	
<input type="checkbox"/> Colour SAFE	<input type="checkbox"/> Colour UNSAFE

Visual acuity:		(314) Distant vision (at 5m/6m)		Spectacles	Contact lenses
Right eye		Corrected to			
Left eye		Corrected to			
Both eyes		Corrected to			

(315) Intermediate vision (at 1 m)		Spectacles	Contact lenses
Right eye	Corrected to		
Left eye	Corrected to		
Both eyes	Corrected to		

(316) Near vision (at 30-50 cm)		Spectacles	Contact lenses
Right eye	Corrected to		
Left eye	Corrected to		
Both eyes	Corrected to		

(317) Refraction	Sph	Cylinder	Axis	Near (add)
Right eye				
Left eye				
<input type="checkbox"/> Actual refraction examined		<input type="checkbox"/> Spectacles prescription based		

(318) Spectacles	(319) Contact lenses
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Type:	Type:

(320) Intra-ocular pressure	
Right mmHg	Left mmHg
Method:	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal

(321) Ophthalmological remarks and recommendation:
--

(322) Examiner's declaration: I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.		
(323) Place and date:	Examiner's Name and Address: (Block Capitals)	AME or Specialist No:
Authorised Medical Examiner's Signature:	Telephone No.: Telefax No.:	



## OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS - REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS

Hungary

Medical in Confidence

(1) JAA State of licence issue:	(2) Class of medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Others		
(3) Surname:	(4) Previous surname(s):	(12) Application: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal/Revalidation	
(5) Forenames:	(6) Date of birth:	(7) Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	(13) System reference number:
(8) Place and country of birth:	(9) Nationality:	(14) Type of licence applied for:	
(401) 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 Aeromedical Examiner, the Authority and where necessary the Aeromedical Section of another State, recognising that these documents or any other electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the Authority, providing that I or my physician may have access to them according to the national law. Medical Confidentiality will be respected at all times.  Date: _____ Signature of the applicant: _____ Signature of the medical examiner (witness): _____			

(402) Examination Category: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Special referral	(403) Otorhinolaryngology history:
--	------------------------------------

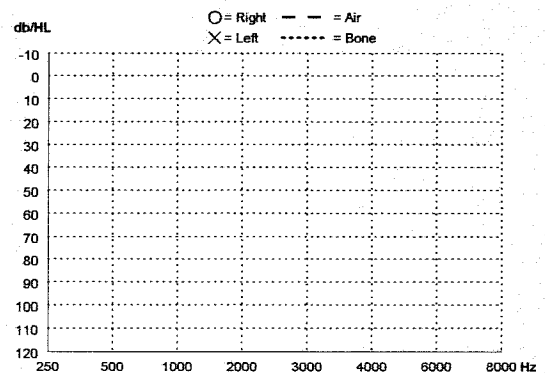
Clinical examination	Normal	Abnormal
Check each item		
(404) Head, face, neck, scalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Buccal cavity, teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Nasal passages and naso-pharynx (incl. anterior rhinoscopy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Vestibular system incl. Romberg test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Sinuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Ext acoustic meati, tympanic membranes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatic otoscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedance tympanometry including Valsalva manoeuvre (initial only)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Additional testing (if indicated)	Not performed	Normal	Abnormal
(414) Speech audiometry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Posterior rhinoscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG; spontaneous and positional nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Differential caloric test or vestibular autorotation test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Mirror or fibre laryngoscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### (419) Pure tone audiometry

db HL (hearing level)				
Hz	Air		Bone	
	Right ear	Left ear	Right ear	Left ear
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

### (420) Audiogram



### (421) Otorhinolaryngology remarks and recommendation:

--

### (422) Examiner's declaration:

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

(423) Place and date:	Examiner's Name and Address: (Block Capitals)	AME or Specialist Stamp with No:
Authorised Medical Examiner's Signature:	Telephone No.: Telefax No.:	