

PRILOGA B – OBRAZCI

Zap. št.	Navedba obrazca
1.	VPRAŠALNIK ZA IZDAJO ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA
2.	POROČILO O ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU
3.	POROČILO O OTORINOLARINGOLOŠKEM PREGLEDU
4.	POROČILO O OFTALMOLOŠKEM PREGLEDU
5.	POROČILO O ZAVRNITVI ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA
6.	ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA 1./2. RAZRED (naslovna in hrbtna stran)
7.	ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA 2. RAZRED (naslovna in hrbtna stran)



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA PROMET

VPRAŠALNIK ZA IZDAJO ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA

Vprašalnik izpolnite popolno in z velikimi tiskanimi črkami. Glede podrobnih podatkov upoštevajte navodila.

VAROVAN OSEBNI PODATEK

PODATKI

(1) Država članica JAA, ki je izdala licenco:	(2) Za kriterij zdravniškega spričevala: Prvi (1) ☐ Drugi (2) ☐ Ostali ☐	
(3) Priimek:	(4) Prejšnji priimek ali priimki:	(12) Pregled: Prvi ☐ Ponovni ali obnovitev ☐
(5) Ime:	(6) Datum rojstva:	(7) Spol Moški ☐ Ženski ☐
(8) Kraj in država rojstva:	(9) Državljanstvo:	(13) Referenčna številka:
(10) Stalno prebivališče: Država:	(11) Poštni naslov (če se razlikuje od stalnega): Država: Telefon:	(14) Vrsta letalskega dovoljenja: (15) Poklic (osnovni): (16) Zaposlitev: (17) Zadnji zdravniški pregled: Datum: Kraj:
(18) Vrsta letalskega dovoljenja. Številka licence in država izdaje:	(19) Omejitve ali prepovedi: Ne ☐ Da ☐ Podrobnosti:	
(20) Ali ste bili na zdravniškem pregledu že kdaj negativno ocenjeni? Ne ☐ Da ☐ Datum: Država: Podrobnosti:	(21) Skupni nalet v urah: (22) Nalet od zadnjega zdravniškega pregleda: (23) Letalo, s katerim zdaj pretežno letim:	
(24) Kakršna koli letalska nezgoda ali incident od zadnjega zdravniškega pregleda? Da ☐ Ne ☐ Datum: Kraj: Podrobnosti:	(25) Vrsta nameravanega letenja: (26) Sedanja glavna letalska aktivnost: Enopilotno ☐ Večpilotno ☐	
(27) Ali uživate alkohol? ☐ Ne ☐ Da, količina v enotah na teden:	(28) Ali trenutno prejimate kakršnakoli zdravila? Ne ☐ Da ☐ Navedite zdravila, odmerke in začetek jemanja:	
(29) Ali kadite? ☐ Nikoli ☐ Ne, datum prenehanja: ☐ Da, vrsta in količina:		

Splošni zdravstveni in anamnestični podatki: Ali ste že kdaj imeli te težave (Označi s križcem).

Pri ponovnem pregledu označite le polja, pri katerih je prišlo do sprememb; če ni bilo sprememb, napišite to v opombah.

Da		Ne		Da		Ne		Družinske bolezni:		Da		Ne	
101 Težave z očmi/očesne operacije				112 Nos, žrelo, težave z govorom				123 Malaria ali druga tropska bolezen					
102 Kadar koli nosili očala ali kontaktne leče?				113 Poškodba glave ali nezavest				124 Pozitiven HIV-tests					
103 Spremenili dioptrijo očal od zadnjega pregleda.				114 Pogosti ali močni glavoboli				125 Spolna nalezljiva bolezen					
104 Seneni nahod, druge alergije				115 Omotica ali omedlevica				126 Sprejem v bolnišnico					
105 Astma ali druge pljučne bolezni				116 Izguba zavesti				127 Kakršna koli bolezen/poškodba					
106 Težave s srcem ali ožiljem				117 Nevrološke motnje, epilepsija, krči, paraliza ipd.				128 Obisk pri zdravniku od zadnjega zdravniškega pregleda					
107 Visok ali nizek krvni tlak				118 Psihološke ali psihiatrične težave				129 Zavrtno življenjsko zavarovanje					
108 Ledvični kamen, kri v urinu				119 Alkoholizem, jemanje drog				130 Zavrtno letalsko dovoljenje					
109 Sladkorna ali druga bolezen				120 Poizkus samomora									
110 Trebušne, jetrne ali črevesne težave				121 Morska bolezen, ki jo je treba zdraviti				132 Zdravstvena zavrnitev za vojaško službo					
111 Naglušnost, težave s sluhom				122 Slabokrvnost, srpastocelična anemija				133 Pridobitev invalidnine ali odškodnine za poškodbo					
(30) Opombe: Če ni bilo sprememb od prejšnjega pregleda, navedite:													

(31) Izjava: S tem izjavljam, da sem pozorno pretehtal trditve, ki sem jih navedel zgoraj in so po vsem mojem prepričanju popolne in točne, ter da nisem zmolčal kakršnega pomembnega podatka ali navedel zavajajoče trditve. Če bi navedel kakršno koli lažno trditev v zvezi s tem vprašalnikom, pristajam, da lahko pooblaščen zdravnik zavrne izdajo zdravniškega spričevala ali prekliče že izdano zdravniško spričevalo brez možnosti pritožbe na katero koli pravno institucijo. PRIVOLITEV V DAJANJE ZDRAVSTVENIH PODATKOV: S tem dovoljujem, da se da zdravstveni podatek, ki je zajet v tem spričevalu ali kateri koli drugi prilogi in je kakor koli namenjen letalskemu zdravniku, pooblaščenemu zdravniku ali letalski sekciji druge države v sklopu držav članic JAA, če je seveda to potrebno. Podatki se bodo uporabili v papirni ali pa elektronski obliki izključno zaradi ocene zdravstvenega stanja. Podatke hrani Oddelek za letalsko medicino pri Ministrstvu za promet, dostop do njih pa imava moj pooblaščen zdravnik in jaz v skladu z veljavnimi predpisi o varovanju zdravstvenih podatkov. Zaupnost zdravstvenih podatkov se mora vedno upoštevati.

Datum

Podpis prosilca

Podpis pooblaščenega zdravnika (priče)



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA PROMET
POROČILO O ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU

VAROVAN OSEBNI PODATEK

(201) Pregled Prvi ☐ Ponovni ☐ Razširjeni ☐ Posebni ☐	(202) Višina (cm)	(203) Teža (kg)	(204) Barva oči	(205) Barva las	(206) Krvni tlak sede (mmHg) Sistolični Diastolični	(207) Utrip – v mirovanju Frekvenc a /min Ritem ritmičen neritm. ☐
---	----------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---	--

Klinični pregled: označite vsako postavko		Normalno	Nenormalno	Normalno	Nenormalno
(208) Glava, obraz, vrat, lasišče				(218) Trebuh, kila, jetra, vranica	
(209) Usta, žrelo, zobje				(219) Anus, rektum	
(210) Nos, sinusi				(220) Urogenitalni sistem	
(211) Ušesi, bobniča, mobilnost bobničev				(221) Endokrini sistem	
(212) Očesi – orbiti in adneksi, vidni polji				(222) Zg. in sp. okončine, sklepi	
(213) Očesi – zenici in očesni ozadji				(223) Hrbtenica, drugi lokomotorni aparat	
(214) Očesi – očesna gibljivost, nistagmus				(224) Nevrološki status, refleksi	
(215) Pljuča, prsi, dojki				(225) Psihiatrični status	
(216) Srce				(226) Koža, znamenja, limfno tkivo	
(217) Žilni sistem				(227) Splošni sistemski status	
(228) Opombe: Opiši nenormalnosti. Pred vsako opombo vstavi ustrezno številko.					

Ostrina vida

(229) Ostrina pri razdalji 5m/6m

	Brez korekcije	Očala	Kontakt ne leče
Desno oko		Korekcija na	
Levo oko		Korekcija na	
Obe očesi		Korekcija na	

(230) Vid na 1 m	Brez korekcije	S korekcijo
N14 na 100 cm	Da Ne	Da Ne
Desno oko		
Levo oko		
Obe očesi		

(231) Vid na bližino	Brez korekcije	S korekcijo
N5 na 30–50 cm	Da Ne	Da Ne
Desno oko		
Levo oko		
Obe očesi		

(232) Očala	(233) Kontaktne leče
Da ☐ Ne ☐	Da ☐ Ne ☐
Vrsta:	Vrsta:
Refrakcija	Sph Cilinder Os Dodatno
Desno oko	
Levo oko	

(313) Zaznavanje barv	Normalno ☐ Nenormalno ☐
Psevdoizokromatične plošče	Vrsta: Ishiharov test (24 plošč)
Število plošč:	Število napak:

(234) Sluh (če 241 ni opravljen)	Desno uho	Levo uho
Pogovorni glas (2 m) obrnjen s hrbtno	Da ☐ Ne ☐	Da ☐ Ne ☐
Audiometrija		
Hz	500 1000 2000 3000	
Desno		
Levo		

(236) Pljučna funkcija

(237) Hemoglobin

FEV ₁ /FVC _____ %	_____ g/dl
Normalno ☐ Nenormalno ☐	Normalno ☐ Nenormalno ☐

(235) Analiza urina	Normalna ☐ Nenormalna ☐		
Glukoza	Proteini	Kri	Drugo
Spremljajoči izvidi			
(238) EKG	Normalno	Nenormalno/Komentar	
(239) Avdiogram			
(240) Oftalmološki			
(241) ORL			
(243) Krvni lipidi			
(244) Pljučna funkcija			
(246) Drugo			

(247) Priporočila pooblaščenega zdravnika:

Ime in priimek prosilca: _____	Datum rojstva: _____
☐ Ustrezna razredu _____	
☐ Izdano spričevalo za _____ razred z veljavnostjo od _____ do _____	
☐ Ne ustreza razredu _____ (JAR-FCL 3, odstavek _____)	
☐ Napoten v nadaljnjo ocenitev. Če da, zakaj in komu?	

(248) Pripombe, prepovedi, omejitve:

(249) Izjava pooblaščenega zdravnika:

Izjavljam, da sem osebno/je moja skupina zdravnikov pregledal(a) prosilca, navedenega v tem Poročilu o zdravniškem pregledu, in da so v njem vključno z morebitnimi dodatnimi izvidi navedene popolne in točne ugotovitve.		
(250) Kraj in datum:	Ime in priimek ter naslov pooblaščenega zdravnika:	Žig pooblaščenega zdravnika in številka pooblastila:
Podpis pooblaščenega zdravnika:	E-naslov: Telefon: Telefaks:	

POROČILO O OTORINOLARINGOLOŠKEM PREGLEDU

Stran izpolnite s tiskanimi črkami. Glede podrobnih podatkov upoštevajte navodila.

DRŽAVA ČLANICA JAA

VAROVAN OSEBNI PODATEK

Podatki o prosilcu

(1) Za državo članico JAA:	(2) Razred zdrav. spričevala	1. ☐	2. ☐	Drugo ☐
(3) Priimek:	(4) Prejšnji priimek:	(12) Prijava	Začetna	☐
			Obnova/podaljšanje	☐
(5) Ime:	(6) Datum rojstva	(7) Spol:	(13) Referenčna številka:	
		Moški ☐		
		Ženska ☐		

(401) **Privolitev v objavo zdravstvenih podatkov:** S tem dovoljujem, da se da zdravstveni podatek, ki je zajet v tem poročilu ali kateri koli drugi prilogi in je kakor koli namenjen letalskemu zdravniku, pooblaščenemu zdravniku ali letalski sekciji druge države, če je to potrebno. Zavedam se, da se omenjeni dokumenti, ki so shranjeni v kateri koli obliki, lahko vedno uporabijo za oceno zdravstvene primernosti za izdajo dovoljenja. Te dokumente hrani Oddelek za letalsko medicino pri Ministrstvu za promet, dostop do njih pa imava jaz in moj pooblaščen zdravnik v skladu z veljavnimi predpisi o varovanju zdravstvenih podatkov. Zaupnost zdravstvenih podatkov se mora vedno upoštevati.

Datum: _____ Podpis prosilca: _____ Podpis pooblaščenega zdravnika (priča): _____

(402) Vrsta pregleda Začetni ☐ Dodatni ☐ Obnova/Podaljšanje ☐ Posebna napotnica ☐	(403) Otorinolaringološka anamneza:
---	-------------------------------------

Klinični pregled

Preverite vsako točko	Normalno	Nenormalno
(404) Glava, obraz, vrat, lasišče		
(405) Ustna votlina, zobje		
(406) Farinks		
(407) Nosne dihalne poti in nazofarinks (vključno z anterior. rinoskopijo)		
(408) Vestibularni sistem (vključno z Rombergovim testom)		
(409) Govor		
(410) Sinusi		
(411) Zunanji sluhovod, bobniča		
(412) Pnevmatška otoskopija		
(413) Timpanometrija, vključno z Valsalvovim testom (začetni pregled)		

Dodatni preizkusi (po potrebi)

	Neopravljen	Normalen	Nenormalen
(414) Avdiometrija govora			
(415) Posteriorna rinoskopija			
(416) EOG: spontani in pozicijski nistagmus			
(417) preizkus vestibul. avtorotacije			
(418)			

(421) Pripombe in priporočila otorinolaringologa:

--

(419) Avdiometrija čistih tonov

db HL (stopnja sluha)

Hz	Desno uho	Levo uho
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Avdiogram

db/HL	o = Desno								--- = Zrak								
	x = Levo								 = Kost								
-10																	
0																	
10																	
20																	
30																	
40																	
50																	
60																	
70																	
80																	
90																	
100																	
110																	
120																	
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000									

(422) Izjava pooblaščenega zdravnika:

Izjavljam, da sem osebno/je moja skupina zdravnikov osebno pregledal(a) prosilca, navedenega v tem Poročilu o zdravniškem pregledu, in da so v njem vključno z vsemi morebitnimi dodatnimi izvidi navedene popolne in točne ugotovitve .

(423) Kraj in datum	Ime in priimek ter naslov zdravnika otorinolaringologa, ki je opravil pregled: (TISKANE ČRKE):	Žig pooblaščenega zdravnika ali specialista in številka pooblastila:
Podpis pooblaščenega zdravnika, ki je opravil pregled:	Telefon:	
	Telefaks:	

POROČILO O OFTALMOLOŠKEM PREGLEDU

Stran izpolnite s tiskanimi črkami. Glede podrobnih podatkov upoštevajte navodila.
Podatki o prosilcu

VAROVAN OSEBNI PODATEK

(1) Za državo članico JAA:	(2) Razred zdrav. spričevala	1. ☐ 2. ☐ Drugo ☐
(3) Priimek:	(4) Prejšnji priimek:	(12) Prijava ☐ Začetni ☐ Obnova/Podaljšanje ☐
(5) Ime:	(6) Datum rojstva	(7) Spol: Moški ☐ Ženska ☐
(8) Kraj in država rojstva:	(9) Državljanstvo:	(13) Referenčna številka:
(14) Vrsta želenega dovoljenja:		

(301) **Privolitev v objavo zdravstvenih podatkov:** S tem dovoljujem, da se da zdravstveni podatek, ki je zajet v tem poročilu ali kateri koli drugi prilogi in je kakor koli namenjen letalskemu zdravniku, pooblaščenemu zdravniku ali letalski sekciji druge države, če je to potrebno. Zavedam se, da se omenjeni dokumenti, ki so shranjeni v kateri koli obliki, lahko vedno uporabijo za oceno zdravstvene primernosti za izdajo dovoljenja. Te dokumente hrani Oddelek za letalsko medicino pri Ministrstvu za promet, dostop do njih pa imava jaz in moj pooblaščen zdravnik v skladu z veljavnimi predpisi o varovanju zdravstvenih podatkov. Zaupnost zdravstvenih podatkov se mora vedno upoštevati.

Datum: _____ Podpis prosilca: _____ Podpis pooblaščenega zdravnika (priča): _____

(302) Vrsta pregleda Začetni ☐ Dodatni ☐ Obnova/Podaljšanje ☐ Posebna napotnica ☐	(303) Oftalmološka anamneza:
---	------------------------------

Klinični pregled	
Preverite vsako postavko	Normalen Nenormalen
(304) Oči, zunanost in veke	
(305) Oči, zunanost (ophth.)	
(306) Položaj oči in gibljivost	
(307) Vidni polji (konfrontacija)	
(308) Zenični refleksi	
(309) Ozadje (Oftalmoskopija)	
(310) Konvergenca	cm
(311) Akomodacija	D

(312) *Ravnotežje okularne mišice (v dioptr.)*

Na daljavo 5/6 m	Na bližino 30–50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropija Da ☐ Ne ☐	Phoria Da ☐ Ne ☐
Pregled fuzijskih rezerv Neopravljen ☐	Normalne ☐ Nenormalne ☐

(313) *Razločevanje barv*

Pseudoizokromatične tabele	Vrsta:
Štev. plošč:	Štev. napak:
Zahtevnejši preizkus razločevanja barv Da ☐ Ne ☐	
Metoda:	
LOČI barve ☐	NE LOČI barv ☐

Ostrina vida

(314) *Ostrina pri razdalji 5m/6m*

Desno oko	Korigirano na	Očala	Kontaktne leče
Levo oko	Korigirano na		
Obe očesi	Korigirano na		

(315) *Ostrina na razdalji 1 m*

Desno oko	Korigirano na	Očala	Kontaktne leče
Levo oko	Korigirano na		
Obe očesi	Korigirano na		

(316) *Ostrina na razdalji 30–50 cm*

Desno oko	Korigirano na	Očala	Kontaktne leče
Levo oko	Korigirano na		
Obe očesi	Korigirano na		

(317) *Refrakcija*

Sph	Cilinder	Os	Bližina (dodaj)
Desno oko			
Levo oko			

Dejanska ugotovljena refrakcija Očala, predpisana na podlagi

(318) <i>Očala</i>	(319) <i>Kontaktne leče</i>
Da ☐ Ne ☐	Da ☐ Ne ☐
Vrsta:	Vrsta:

(320) *Intraokularni tlak*

Desno (mmHg)	Levo (mmHg)
Metoda:	Normalno ☐ Nenormalno ☐

(321) Oftalmološke pripombe in priporočila

(322) Izjava pooblaščenega zdravnika:

Izjavljam, da sem osebno/je moja skupina zdravnikov osebno pregledal(a) prosilca, navedenega v tem Poročilu o zdravniškem pregledu, in da so v njem vključno z vsemi morebitnimi dodatnimi izvidi navedene popolne in točne ugotovitve.

(323) Kraj in datum:	Ime in priimek ter naslov zdravnika oftalmologa, ki je opravil pregled: (TISKANE ČRKE):	Žig pooblaščenega zdravnika ali specialista in številka pooblastila:
Podpis pooblaščenega zdravnika, ki je opravil pregled:	Telefon: _____ Telefaks: _____	

POROČILO O ZAVRNITVI ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA

KANDIDAT: Ime in priimek:		
Naslov:		
Datum rojstva:		
Številka:		
DATUM ZDRAVNIŠKEGA PREGLEDA:		
RAZRED ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA, KI JE BILO ZAVRNJENO:		
JAR-FCL 3 ŠT.:		
VZROKI ZAVRNITVE:		
Ugotavljamo, da zaradi zgoraj navedenih ugotovitev ne izpolnujete zdravstvenih zahtev Združenih letalskih organov (JAA) iz JAR-FCL-3 za izdajo zgoraj navedenega razreda zdravniškega spričevala. Zato vam je bila izdaja zahtevanega zdravniškega spričevala zavrnjena. Če želite, lahko predlagate ponovni pregled te ugotovitve. Vlogo naslovite na oddelek za letalsko medicino države, v kateri ste zaprosili za izdajo zdravniškega spričevala. V vašem primeru vlogo pošljite na naslov: Ministrstvo za promet, Oddelek za licenciranje osebja in letalsko medicino, Langusova 4, 1535 Ljubljana.		
Ker ne izpolnujete zdravstvenih zahtev za zdravniško spričevalo, ki se izda v skladu s skupnimi letalskimi predpisi Združenih letalskih organov, od izdaje tega poročila prenehajo vaše pravice za izvajanje privilegijev in ratingov, ki izhajajo iz vaše licence (JAR-FCL 1.040).		
Datum:	Ime in priimek (TISKANE ČRKE) ter podpis pooblaščenega zdravnika:	Številka pooblaščenega zdravnika:



NAJKRAJŠE PERIODIČNE ZAHTEVE MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS		
Glej JAR-FCL 3.105, poddela B in C, dodatke od 1 do 18, IEM FCL 3.095 (a) in (b) za popolno besedilo. For full text see JAR-FCL 3.105, Subpart B and C, Appendices 1 to 18, IEM FCL 3.095(a) & (b)		
Prvi pregled Initial examination	1. razred/Class 1 CPL ATPL AMC	2. razred/Class 2 PPL AMC ali/or AME
Veljavnost zdravniškega spričevala (največ 45 dni pred iztekom) Brez podaljševanja Validity of Medical Certificate (max. 45 days before revalidation) No extensions	Pod 40 Under 40 – 12 mesecev 12 months	Pod 40 Under 40 – 60 mesecev 60 months 40 – 49 – 24 mesecev 24 months 50 in več 50 and over – 12 mesecev 12 months
	40 – 59, kom. zr. prevoz pot. z enim pilotom 40 – 59, single pilot comm. air tr. ops. carry. pax – 6 mesecev 6 months	
	40 – 59, druge kom. operacije 40 – 59, other comm. ops – 12 mesecev 12 months	
	60 in več 60 and over – 6 mesecev 6 months	
Hemoglobin Haemoglobin	Vsak pregled Every examination	Po potrebi If indicated
EKG ECG	Pod 30 Under 30 – 5 let 5 yearly	40 – 49 – 2 leti 2 yearly 50 in več 50 and over – Letno Annually
	30 – 39 – 2 leti 2 yearly	
	40 – 49 – Letno Annually Pri vsakem podaljšanju/obnovi all reval/renew	
Razširjeni ORL Comp. ORL	Na prvem pregledu in nato po potrebi Initial then if indicated	Po potrebi If indicated
Analiza urina Urinalysis	Vsak pregled Every examination	Vsak pregled Every examination

NAJKRAJŠE PERIODIČNE ZAHTEVE MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS		
Glej JAR-FCL 3.105, poddela B in C, dodatke od 1 do 18, IEM FCL 3.095 (a) in (b) za popolno besedilo. For full text see JAR-FCL 3.105, Subpart B and C, Appendices 1 to 18, IEM FCL 3.095(a) & (b)		
Prvi pregled Initial examination	1. razred/Class 1 CPL ATPL AMC	2. razred/Class 2 PPL AMC ali/or AME
Audiogram Audiogram	Pod 40 Under 40 – 5 let 5 yearly 40 in več 40 and over – 2 leti 2 yearly	Ob prvi izdaji ratinga za instrumentalno letenje Initial Instrument Rating Pod 40 – 5 let Under 40 – 5 yearly 40 in več – 2 leti 40 and over – 2 yearly
	Prvi pregled Initial – Specialist Specialist Če je ref. nap. > ± 3 dptr Ir ref. error > ± 3 dptr – Specialist Specialist Če je ref. nap. > + 3 do + 5 dptr ali > – 3 do – 6 dptr Ir ref. error > + 3 to + 5 dptr or > – 3 to – 6 dptr – Specialist Specialist Če je ref. nap. > – 6 dptr Ir ref. error > – 6 dptr – Specialist Specialist	
Okulistični Ophthalmology		
Profil lipidov Lipid profile	Na prvem pregledu, nato ob starosti 40 let Initial then age 40	Če se na prvem pregledu in nato ob starosti 40 let ugotovita dva ali več dejavnikov tveganja If 2 or more risk factors initial and at age 40
Testi pljučne funkcije Pulmonary Function Test	Na prvem pregledu in nato po potrebi Initial then if indicated	Po potrebi If indicated
Ob zdravstvenih indikacijah se lahko kadar koli zahtevajo katere koli preiskave. Any test may be required at any time if clinically indicated.		

ZDRUŽENI LETALSKI ORGANI
JOINT AVIATION AUTHORITIES



Republika Slovenija
MINISTRSTVO ZA PROMET

Republic of Slovenia
MINISTRY OF TRANSPORT

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA 1./2. RAZRED
MEDICAL CERTIFICATE CLASS 1/2

(I.)	Država izdaje: <i>State of issue:</i>
(III.)	Številka licence: <i>Licence N°:</i>
(IV.)	Priimek in ime imetnika: <i>Last and first name of holder:</i>
(XIV.)	Datum rojstva: <i>Date of birth:</i>
(VI.)	Državljanstvo: <i>Nationality:</i>
(VII.)	Podpis imetnika: <i>Signature of holder:</i>

(II.)	Zdravniško spričevalo za 1. razred / ali 2. razred <i>Medical certificate Class 1 / Class 2</i>
(IX.)	Datum izteka veljavnosti: <i>Expiry date:</i> 1. razred (komercialni zračni prevoz potnikov z enim pilotom) <i>Class 1 (single pilot commercial air transport carrying passengers)</i> 1. razred (druge komercialne operacije) <i>Class 1 (other commercial operations)</i> 2. razred <i>Class 2</i>
(XIII.)	Omejitve: <i>Limitations:</i>
(X.)	Datum izdaje in podpis pooblaščenega zdravnika: <i>Date of issue and signature of issuing medical officer:</i>
(XI.)	Žig: <i>Stamp:</i>

(IX.) Datum izteka veljavnosti tega spričevala: <i>Expiry date of this certificate:</i>	1. razred (6 mesecev) <i>Class 1 (6 months)</i>	
	1. razred (12 mesecev) <i>Class 1 (12 months)</i>	
	2. razred <i>Class 2</i>	
Datum pregleda: <i>Examination date:</i>		
Datum izteka predhodnega zdravniškega spričevala <i>Expiry date of previous Medical Certificate</i>		
Datum splošnega zdravniškega pregleda: <i>Date of General Medical Examination:</i>		
Dodatni podatki: <i>Advisory information:</i>	Zadnji <i>Most recent</i>	Naslednji <i>Next</i>
EKG <i>ECG</i>		
Avdio/razširjeni ORL <i>Audio/compr. ENT</i>		
Okulistični pregled (če je potreben) <i>Ophthalmology (when required)</i>		

NAJKRAJŠE PERIODIČNE ZAHTEVE MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS		
Glej JAR-FCL 3.105, poddela B in C, dodatke od 1 do 18, IEM FCL 3.095 (a) in (b) za popolno besedilo. For full text see JAR-FCL 3.105, Subpart B and C, Appendices 1 to 18, IEM FCL 3.095(a) & (b)		
Prvi pregled Initial examination	1. razred/Class 1 CPL ATPL AMC	2. razred/Class 2 PPL AMC ali/or AME
Veljavnost zdravniškega spričevala (največ 45 dni pred iztekom) Brez podaljševanja Validity of Medical Certificate (max. 45 days before revalidation) No extensions	Pod 40 Under 40 – 12 mesecev 12 months	Pod 40 Under 40 – 60 mesecev 60 months 40–49 – 24 mesecev 24 months 50 in več 50 and over – 12 mesecev 12 months
	40–59, kom. zr. prevoz pot. z enim pilotom 40–59, single pilot comm. air tr. ops. carry. pax – 6 mesecev 6 months	
	40–59, druge kom. operacije 40–59, other comm. ops – 12 mesecev 12 months	
	60 in več 60 and over – 6 mesecev 6 months	
Hemoglobin Haemoglobin	Vsak pregled Every examination	Po potrebi If indicated
EKG ECG	Pod 30 Under 30 – 5 let 5 yearly 30–39 – 2 leti 2 yearly	40–49 – 2 leti 2 yearly
	40–49 – Letno Annually 50 in več 50 and over – Pri vsakem podaljšanju a obnovi all reval/renew	50 in več 50 and over – Letno Annually
Razširjeni ORL Comp. ORL	Na prvem pregledu in nato po potrebi Initial then if indicated	Po potrebi If indicated
Analiza urina Urinalysis	Vsak pregled Every examination	Vsak pregled Every examination

NAJKRAJŠE PERIODIČNE ZAHTEVE MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS		
Glej JAR-FCL 3.105, poddela B in C, dodatke od 1 do 18, IEM FCL 3.095 (a) in (b) za popolno besedilo. For full text see JAR-FCL 3.105, Subpart B and C, Appendices 1 to 18, IEM FCL 3.095(a) & (b)		
Prvi pregled Initial examination	1. razred/Class 1 CPL ATPL AMC	2. razred/Class 2 PPL AMC ali/or AME
Audiogram Audiogram	Pod 40 Under 40 – 5 let 5 yearly 40 in več 40 and over – 2 leti 2 yearly	Ob prvi izdaji ratinga za instrumentalno letenje Initial Instrument Rating Pod 40 – 5 let Under 40 – 5 yearly 40 in več – 2 leti 40 and over – 2 yearly
Okulistični Ophthalmology	Prvi pregled Initial – Specialist Specialist Če je ref. nap. > ± 3 dptr Irr. error > ± 3 dptr – Specialist Specialist Če je ref. nap. > + 3 do + 5 dptr ali > – 3 do – 6 dptr Irr. error > + 3 to + 5 dptr or > – 3 to – 6 dptr – Specialist Specialist Če je ref. nap. > – 6 dptr Irr. error > – 6 dptr – Specialist Specialist	
Profil lipidov Lipid profile	Na prvem pregledu, nato ob starosti 40 let Initial then age 40	Če se na prvem pregledu in nato ob starosti 40 let ugotovita dva ali več dejavnikov tveganja If 2 or more risk factors initial and at age 40
Test pljučne funkcije Pulmonary Function Test	Na prvem pregledu in nato po potrebi Initial then if indicated	Po potrebi If indicated
Ob zdravstvenih indikacijah se lahko kadar koli zahtevajo katere koli preiskave. Any test may be required at any time if clinically indicated.		



ZDRUŽENI LEZALSKI ORGANI
JOINT AVIATION AUTHORITIES



Republika Slovenija
MINISTRSTVO ZA PROMET

Republic of Slovenia
MINISTRY OF TRANSPORT

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO ZA 2. RAZRED
MEDICAL CERTIFICATE CLASS 2

(I.) Država izdaje: <i>State of issue:</i>
(III.) Številka licence: <i>Licence N°:</i>
(IV.) Priimek in ime imetnika: <i>Last and first name of holder:</i>
(XIV.) Datum rojstva: <i>Date of birth:</i>
(VI.) Državljanstvo: <i>Nationality:</i>
(VII.) Podpis imetnika: <i>Signature of holder:</i>

(II.) Zdravniško spričevalo za 2. razred <i>Medical certificate Class 2</i>
(IX.) Datum izteka veljavnosti: <i>Expiry date:</i> 2. razred <i>Class 2</i>
(XIII.) Omejitve: <i>Limitations:</i>
(X.) Datum izdaje in podpis pooblaščenega zdravnika: <i>Date of issue and signature of issuing medical officer:</i>
(XI.) Žig: <i>Stamp:</i>

(IX.) Datum izteka veljavnosti tega spričevala za 2. razred: <i>Expiry date of this certificate Class 2:</i>		
Datum pregleda: <i>Examination date:</i>		
Datum izteka predhodnega zdravniškega spričevala <i>Expiry date of previous Medical Certificate</i>		
Datum splošnega zdravniškega pregleda: <i>Date of General Medical Examination:</i>		
Dodatni podatki: <i>Advisory information:</i>	Zadnji <i>Most recent</i>	Naslednji <i>Next</i>
EKG <i>ECG</i>		
Audio/razširjeni ORL <i>Audio/compr. ENT</i>		
Okulistični pregled (če je potreben) <i>Ophthalmology (when required)</i>		