

## Priloga 4



REPUBLIKA SLOVENIJA  
AGENCIJA ZA CIVILNO LETALSTVO

**POROČILO O ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU ZA PADALCA (LAPL Z EKG)**

Osenčene površine se ne izpolnjujejo

**VAROVAN OSEBNI PODATEK**

|                                                                                                                                                               |                   |                 |                 |                 |                                                        |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (201) Pregled:<br>Začetni <input type="checkbox"/> Podaljšanje <input type="checkbox"/><br>Obnova <input type="checkbox"/> Specialni <input type="checkbox"/> | (202) Višina (cm) | (203) Teža (kg) | (204) Barva oči | (205) Barva las | (206) Krvni tlak sede (mmHg)<br>Sistolični Diastolični | (207) Utrip – v mirovanju<br>Frekvenca /min Ritem ritmičen <input type="checkbox"/> neritm. <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Klinični pregled:**

|                                                                             |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| (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) Hrbenica, 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 posebnosti. 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 blizino

|                | Brez korekcije | S korekcijo |
|----------------|----------------|-------------|
| N5 na 30–50 cm | Da Ne          | Da Ne       |
| Desno oko      |                |             |
| Levo oko       |                |             |
| Obe očesi      |                |             |

(232) Očala

|                                                         |                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> | Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| Vrsta:                                                  | Vrsta:                                                  |
| Refrakcija                                              | Sph Cilinder Os Dodatno                                 |
| Desno oko                                               |                                                         |
| Levo oko                                                |                                                         |

(313) Zaznavanje barv

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Normalno <input type="checkbox"/> Nenormalno <input type="checkbox"/> |
| Psevdokromatske plošče                                                |
| Vrsta: Ishiharov test (24 plošč)                                      |
| Število plošč:                                                        |
| Število napak:                                                        |

(234) Sluh

|                                      |                                                         |                                                         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| (če 239/241 ni opravljen)            | Desno uho                                               | Levo uho                                                |
| Pogovorni glas (2 m) obmjn s hrbitom | Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> | Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| Avdiometrija (Hz)                    | 500 1000 2000 3000                                      |                                                         |
| Desno                                |                                                         |                                                         |
| Levo                                 |                                                         |                                                         |

(236) Pljučna funkcija

|                                                                       |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| FEV <sub>1</sub> /FVC %                                               | g/dl                                                                  |
| Normalno <input type="checkbox"/> Nenormalno <input type="checkbox"/> | Normalno <input type="checkbox"/> Nenormalno <input type="checkbox"/> |

(235) Analiza urina

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Normalna <input type="checkbox"/> Nenormalna <input type="checkbox"/> |
| Glukoza Proteini Kri Drugo                                            |

Spremljajoči izvidi

|                        |          |                     |
|------------------------|----------|---------------------|
| Ni izvedeno            | Normalno | Nenormalno/Komentar |
| (238) EKG              |          |                     |
| (239) Avdiogram        |          |                     |
| (240) Oftalmološki     |          |                     |
| (241) ORL              |          |                     |
| (242) Krvni lipidi     |          |                     |
| (243) Pljučna funkcija |          |                     |
| (244) Drugo (opiši)    |          |                     |

(247) Priporočila pooblaščenega zdravnika:

Ime in priimek prosilca: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Številka spričevala: \_\_\_\_\_

☐ Izpolnjuje predpisane zdravstvene zahteve, zato se izda zdravniško spričevalo

☐ Ne izpolnjuje predpisanih zdravstvenih zahtev.

☐ Napoten v nadaljnjo ocenitev. Če da, zakaj in komu?

(248) Pripombe, omejitve:

(249) Izjava pooblaščenega zdravnika:

Izjavljam, da sem osebno ali 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: | Številka pooblastila pooblaščenega zdravnika: |
| Podpis pooblaščenega zdravnika: | E-naslov:<br>Telefon:<br>Telefaks:                 |                                               |

## VPRAŠALNIK ZA IZDAJO ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA ZA PADALCE

## OSEBNI VPRAŠALNIK KANDIDATA

(ostane pri zdravniku)

Priimek:

Datum rojstva:

Ime:

Kraj rojstva:

Ulica:

Državljanstvo:

Poštna številka in kraj:

Poklic:

Številka dovoljenja padalca (če je ustrezno):

## Imate trenutno kakšno od spodaj naštetih zdravstvenih težav?

|                             | DA | NE |                                 | DA | NE |
|-----------------------------|----|----|---------------------------------|----|----|
| Pogosti ali močni glavoboli |    |    | Obolenja želodca/črevesja/jeter |    |    |
| Omotica ali omedlevica      |    |    | Sladkorna bolezen               |    |    |
| Motnje zavesti ali nezavest |    |    | Kri v urinu                     |    |    |
| Poškodbe glave po nesreči   |    |    | Epilepsija/napadi               |    |    |
| Druge poškodbe              |    |    | Težave z živci                  |    |    |
| Težave z očmi               |    |    | Odkvisnost od zdravil ali mamil |    |    |
| Težave z ušesi              |    |    | Odkvisnost od alkohola          |    |    |
| Povišan/znižan krvni tlak   |    |    | Poskus samomora                 |    |    |
| Težave s srcem              |    |    | Obolenje sklepov/hrbtenice      |    |    |
| Bolečine v prsih            |    |    | Druga obolenja                  |    |    |

## Zdravljenje – zadnjih 5 let

| od – do | Naziv/Naslov ambulate/zdravnika | Ne | Da (vzrok za zdravljenje) |
|---------|---------------------------------|----|---------------------------|
|         |                                 |    |                           |
|         |                                 |    |                           |
|         |                                 |    |                           |

## Redno jemanje zdravil:

| NE | DA | ZDRAVILO | RAZLOG | Od – do |
|----|----|----------|--------|---------|
|    |    |          |        |         |
|    |    |          |        |         |

Kdor zavestno ali iz malomarnosti navaja napačne, nepopolne ali zavajajoče podatke, tvega izključitev iz procesa usposabljanja ali izgubo dovoljenja. Kandidat lahko z napačnim navajanjem ogroža lastno zdravje – ne po krivdi zdravnika, ki opravlja zdravstveno presojo. Kandidat s podpisom potrjuje, da je z zgoraj navedenim seznanjen in izjavlja, da je v dobri telesni kondiciji, da nima nobene bolezni, ki bi po njegovem mnenju lahko privedla do nevarnih okoliščin, ter da se bo v primeru poškodbe ali bolezni, ki bi lahko vplivala na njegovo zdravstveno sposobnost, posvetoval z zdravnikom. V kolikor se z ugotovitvami zdravniškega pregleda kandidat ne strinja, ima skladno z Zakonom o letalstvu možnost pritožbe.

Kraj, datum:

Podpis kandidata: