



## SØKNADSSKJEMA FOR LEGEATTEST TIL LUFTFARTSSERTIFIKAT

|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Sendes i lukket konvolutt merket «legeerklæring» til:<br><b>Legenemnda for flygere, Postboks 128 Blindern, 0314 Oslo</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                    | (2) Legeattest det søkes om: Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/> Annet: <input type="checkbox"/>                                         |                                                                                                         |
| (3) Etternavn:                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                    | (4) Tidligere etternavn:                                                                                                                                                 | (12) Førstegangs søknad <input type="checkbox"/><br>Fornylse/forlengelse <input type="checkbox"/>       |
| (5) Fornavn:                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                    | (6) Personnummer (11 siffer):                                                                                                                                            | (7) Kjønn:<br>Mann <input type="checkbox"/><br>Kvinne <input type="checkbox"/>                          |
| (8) Fødested/Land:                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                    | (9) Nasjonalitet:                                                                                                                                                        | (13) Referansenummer (for personer med utenlandsk sertifikat)                                           |
| (10) Bostedsadresse:                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                    | (11) Postadresse (evt):                                                                                                                                                  | (14) Sertifikat det søkes om:                                                                           |
| Land: _____ Telefonnr.: _____                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    | Land: _____ Telefonnr.: _____                                                                                                                                            | (15) Yrke:<br>(16) Arbeidsgiver:<br>(17) Siste flymedisinske undersøkelse<br>Dato: _____<br>Sted: _____ |
| (18) Innehaver av sertifikattype: _____ Sertifikatnummer: _____ Utstedelsesland: _____                                                                                                                         | (19) Evt begrensninger/dispensasjoner i sertifikatets/legeattestens rettigheter: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> i tilfelle hvilke: _____ |                                                                                                                                                                          |                                                                                                         |
| (20) Har søkeren fått avslag på søknad om legeattest til luftfartssertifikat eller fått legeattest tilbakekalt:<br>Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> oppgi når og hvor:<br>Årsak: _____ |                                                                                                                                                                    | (21) Totalt antall flytimer: _____                                                                                                                                       | (22) Antall flytimer siden siste legeus. _____                                                          |
| (24) Har søkeren hatt flyuhell eller rapportert næruhell siden forrige legeundersøkelse:<br>Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> oppgi når og hvor:<br>Omstendigheter: _____               |                                                                                                                                                                    | (23) Flytype: _____                                                                                                                                                      |                                                                                                         |
| (27) Alkoholforbruk, antall enheter pr. uke i gjennomsnitt: _____                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    | (25) Formål med lufttjenesten:<br>(26) Nåværende flygende aktivitet<br>Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot <input type="checkbox"/>                        |                                                                                                         |
| (29) Er søkeren tobakksrøyker? Aldri <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Evt dato for røykestopp:<br>Ja <input type="checkbox"/> oppgi mengde: _____                                         |                                                                                                                                                                    | (28) Bruker søkeren noen form for legemidler?:<br>Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> oppgi i tilfelle type legemiddel og grunnen til bruken: _____ |                                                                                                         |

**Generelle opplysninger og sykehistorie siden forrige flymedisinske undersøkelse: Kryss av ja eller nei for spørsmålene, evt gi utdypende opplysninger i feltet nedenfor:**

|                                                                                 | Ja | Nei | Ja                                                             | Nei                                               | Ja | Nei | Bare for kvinner                         | Ja                            | Nei |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----|-----|------------------------------------------|-------------------------------|-----|
| 101 Øyesykdom/øyeoperasjon                                                      |    |     | 112 Nese-, hals- eller taleforstyrrelser                       |                                                   |    |     | 150 Gynekologiske, menstruelle problemer |                               |     |
| 102 Har du benyttet eller benytter du briller eller kontaktlinser               |    |     | 113 Hodeskade, hjernerystelse                                  |                                                   |    |     | 151 Er du gravid?                        |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 114 Hyppig eller alvorlig hodepine                             |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
| 103 Har du skiftet brille (linse) styrke siden siste flymedisinske undersøkelse |    |     | 115 Svimmelhet, besvimelse                                     |                                                   |    |     | Sykdom i slekten:                        |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 116 Bevisstløshet, alle former                                 |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
| 104 Høysnue, annen allergi                                                      |    |     | 117 Nevrologisk sykdom, slag, epilepsi, anfall, lammelser, etc |                                                   |    |     | 170 Hjertesykdom                         |                               |     |
| 105 Astma, lungesykdom                                                          |    |     | 118 Psykiatrisk sykdom, psykologiske problemer                 |                                                   |    |     | 171 Høyt blodtrykk                       |                               |     |
| 106 Hjertesykdom, karsykdom                                                     |    |     |                                                                | 119 Alkohol/tabletter/stoffmisbruk                |    |     |                                          | 172 Høyt kolesterol (lipider) |     |
| 107 Høyt eller lavt blodtrykk                                                   |    |     | 120 Selvmordsforsøk                                            |                                                   |    |     | 173 Epilepsi                             |                               |     |
| 108 Nyresten, blod i urinen                                                     |    |     |                                                                | 121 Bevegelsesyke som er behandlet med legemiddel |    |     |                                          | 174 Psykiatrisk sykdom        |     |
| 109 Sukkersyke, hormonsykdom                                                    |    |     | 122 Anemi, annen blodsykdom                                    |                                                   |    |     | 175 Sukkersyke                           |                               |     |
| 110 Mage-, lever eller tarmsykdom                                               |    |     |                                                                | 123 Malaria eller tropesykdom                     |    |     |                                          | 176 Tuberkulose               |     |
| 111 Døvhets, øresykdom                                                          |    |     | 124 Positiv HIV-test                                           |                                                   |    |     | 177 Allergi/astma/eksem                  |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 125 Annen alvorlig infeksjonssykdom                            |                                                   |    |     | 178 Arvelig sykdom                       |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 126 Innleggelse på sykehus                                     |                                                   |    |     | 179 Glaukom (grønn stær)                 |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 127 Annen sykdom eller skade                                   |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 128 Legebesøk siden siste flymedisinske undersøkelse           |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 129 Avslag på livsforsikring                                   |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 130 Avslag på søknad om flysertifikat                          |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 132 Underkjent til militærtjeneste av medisinske grunner       |                                                   |    |     |                                          |                               |     |
|                                                                                 |    |     | 133 Godtgjørelse eller pensjon for skade eller sykdom          |                                                   |    |     |                                          |                               |     |

(30) **Merknader:** Gi tilleggsforklaring til spørsmål besvart med «ja».

(31) Jeg erklærer at ovennevnte opplysninger er riktige og at spørsmålene er besvart fullstendig, ærlig og etter beste viten.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Søkerens signatur

\_\_\_\_\_

Flylegens signatur

# LEGEERKLÆRING Generell flymedisinsk undersøkelse

|                                                                                                                                                |                       |                      |                |                |                                                            |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| (201) Undersøkelses-kategori<br>Førstegang <input type="checkbox"/><br>Fornylse <input type="checkbox"/><br>Legenemnd <input type="checkbox"/> | (202) Høyde<br><br>cm | (203) Vekt<br><br>kg | (204) Øyefarge | (205) Hårfarge | (206) Blodtrykk sittende mmHg<br>Systolisk      Diastolisk | (207) Hvilepuls<br>Frekvens      Rytme |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

**Klinisk undersøkelse:** Merk av for hvert spørsmål Normal Unormal Normal Unormal

|                                                |                                              |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| (208) Hode, ansikt, nakke, kranium             | (218) Buk, hernier, lever, milt, hemorroider |
| (209) Munn, svelg, tenner                      | (219) Anus, rektum                           |
| (210) Nese, bihuler                            | (220) Uro-genitalia                          |
| (211) Ører, trommehinner, trommehinnebevegelse | (221) Endokrine organer                      |
| (212) Øyne, ytre deler, synsfelt               | (222) Ekstremiteter og ledd                  |
| (213) Øyne, pupiller og øyenbunn               | (223) Rygggrad, muskler og sener             |
| (214) Øyne, øyemotilitet, nystagmus            | (224) Nevrologi, reflekser mv                |
| (215) Lunger, brystkasse                       | (225) Psyke, uttrykk, opptreden              |
| (216) Hjerte                                   | (226) Hud, evt hudmerker, lymfeknuter        |
| (217) Årer                                     | (227) Generelt                               |

(228) **Merknad:** Beskrivelse av unormalt funn, angi tilhørende nr. foran hver kommentar

**Synundersøkelse:**

|                   |               |         |               |
|-------------------|---------------|---------|---------------|
| (229) Avstandssyn | Synsstyrke    | Briller | Kontaktlinser |
| Høyre øye         | Korrigert til |         |               |
| Venstre øye       | Korrigert til |         |               |
| Begge øyne        | Korrigert til |         |               |

|                                        |                                                          |                                                          |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| (230) Syn mellomavstand N14 ved 100 cm | Ukorrigert                                               | Korrigert                                                |
| Høyre øye                              | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Venstre øye                            |                                                          |                                                          |
| Begge øyne                             |                                                          |                                                          |

|                              |                                                          |                                                          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| (231) Nærsyn N5 ved 30-50 cm | Ukorrigert                                               | Korrigert                                                |
| Høyre øye                    | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Venstre øye                  |                                                          |                                                          |
| Begge øyne                   |                                                          |                                                          |

|                                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| (232) Briller                                            | (233) Kontaktlinser                                      |
| Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Type:                                                    | Type:                                                    |

|                                                           |                                                          |                                                          |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| (234) Hørsel                                              | Høyre øre                                                | Venstre øre                                              |
| Talestemme høres på 2 meters avstand med ryggen mot legen | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |

|                        |                                 |                                  |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| (235) Urinundersøkelse | Normal <input type="checkbox"/> | Unormal <input type="checkbox"/> |
| Glukose                | Protein                         | Blod                             |
|                        |                                 | Annet                            |

(248) **Kommentar:**

<sup>b</sup>ved 1. gangs undersøkelse av seilflyger / fører av friballong, brann- og havaripersonell og AFIS-personell

**(249) Flylegens erklæring:**

Jeg bekrefter at søkeren er personlig undersøkt av meg/vår gruppe og at funn og symptomer er notert i overensstemmelse hermed i erklæring.

|                        |                            |                           |
|------------------------|----------------------------|---------------------------|
| (250) Sted og dato:    | Flylegens navn og adresse: | Flylegens stempel (FLnr.) |
| Flylegens underskrift: | Telefonnr.:                |                           |
|                        | Telefaxnr.:                |                           |

## ERKLÆRING OM EPILEPSI

Undertegnede som har kjent ..... født .....

i .....år (oppgi antall år) erklærer at såvidt jeg kjenner til har han/hun ikke hatt noe tilfelle av epilepsi (fallesyke), forstyrrelse av bevisstheten, besvimelser, krampes, eller plutselige svimmelhetsanfall.

.....  
Dato

.....  
Underskrift

.....  
Navn i blokkbokstaver

.....  
Undertegnades adresse:

.....

.....

Denne erklæring er opprettet etter anbefaling fra Legenemnda for flygere, og etter krav fra Luftfartsverket ref. F. 182/87/722.0 av 22.01.87.

Denne erklæring skal undertegnes av en som i mange år har kjent den det gjelder, fortrinnsvis en i familien.

.....  
Søkerens signatur

.....  
Jeg bekrefter at ingen endring har oppstått med min helse siden forrige kontroll og at jeg ikke har holdt tilbake opplysninger for legen.

.....  
navn og adresse på fast lege.

.....  
Blir undersøkelse foretatt av din faste lege? Hvis nei, oppgi

.....  
Kjennelse:  Usikkert Klubb, Postboks 3869, 0805 Oslo.  
Kjennelse:  Skikkert Klærtingen sendes av legen til Norsk Aero  
Ved kjennelse ikke skikkert skal leges-

.....  
Legens sign. & stempel

.....  
Dato for undersøkelse:

.....  
Født:

.....  
Adresse:

.....  
Navn:

**LEGENDERSØKELSE  
FOR SEILFLYGERE,  
MIKROFLYGERE  
OG BALLONGFØRERE**