**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI 2. TŘÍDY**

pro pilota sportovních létajících zařízení ve smyslu § 84 c) zákona o civilním letectví

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: | | | | | | |
| Datum narození: | | | | | | |
| Bydliště: | | | | | | |
| Žádá o vydání / potvrzení (nehodící se škrtněte) průkazu pilota SLZ pro kvalifikaci: | | | | | | |
| **ANAMNÉZA** | | | | | | |
| Měl(a) jste někdy zdravotní obtíže nebo byl(a) jste léčen(a) pro: | | | | | | |
| duševní poruchu | ANO | NE | onemocnění | srdce a plic | ANO | NE |
| alkoholismus | ANO | NE | zažívacího ústrojí | ANO | NE |
| lékovou závislost | ANO | NE | ledvin a močových cest | ANO | NE |
| křeče | ANO | NE | páteře a svalů | ANO | NE |
| silné bolesti hlavy | ANO | NE | jiné | ANO | NE |
| alergii | ANO | NE | těhotenství | | ANO | NE |
| Poznámky: | | | | | | |
| Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a přebírám za ně plnou odpovědnost  ……………………. ……………………………….  Datum: Podpis: | | | | | | |

CAA-F-150-8-1 strana 1 z 2

**KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ POVĚŘENÝM LETECKÝM LÉKAŘEM (AME-SLZ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| výška | | hmotnost | | TK | | | tepová frekvence | | | | | |
| cm | | kg | | vstoje: | | | vsedě: | | | | po námaze: | |
| vleže: | | | vstoje: | | | | za 2 min po námaze: | |
| **oběhová a dýchací soustava** | | | | | | | | | | | | |
| srdce: | | | | | | | | plíce: | | | | |
| cévní systém: | | | | | | | | elektrokardiogram: | | | | |
| skiagrafie hrudníku: | | | | | | | | | | | | |
| **trávicí soustava** | | | | | | | | | | | | |
| břicho: | | | | | | | | konečník a rektum: | | | | |
| **endokrinní soustava:** | | | | | | | | | | | | |
| **krev a krvetvorná tkáň, kůže a lymfatický systém:** | | | | | | | | | | | | |
| **močová a pohlavní soustava** | | | | | | | | | | | | |
| moč | B: | | C: | | | krev: | | | jiný patologický obsah: | | | |
| **svalová a kosterní soustava:** | | | | | | | | **ORL vyšetření:** | | | | |
| **vyšetření sluchu – řečová zkouška:** | | | | | | | | | | | | |
| **oční vyšetření** | | | | | | | | | | VOP | | VOL |
| zraková ostrost bez korekce | | | | | | | | | |  | |  |
| zraková ostrost s korekcí | | | | | | | | | |  | |  |
| vidění do blízka (N5) bez korekce | | | | | | | | | |  | |  |
| vidění do blízka (N5) s korekcí | | | | | | | | | |  | |  |
| barvocit: | | | | | zorné pole: | | | | | rovnováha očních svalů: | | |
| **orientační neurologické vyšetření:** | | | | | | | | | | | | |
| **orientační psychiatrické vyšetření:** | | | | | | | | | | | | |
| **jiná vyšetření:** | | | | | | | | | | | | |
| **ZÁVĚR AME-SLZ:**  **………………………………. ……………………………………………………**  datum: podpis a razítko AME-SLZ: | | | | | | | | | | | | |

CAA-F-150-8-1 strana 2 z 2