

**Lääketieteellinen kelpoisuustodistus:** postitetaan   
noudetaan 
**SUOMI**
**LUOTTAMUKSELLINEN**

(1) Valtio, jolta todistusta haetaan:	(2) Haettava kelpoisuustodistus:	Luokka 1 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	Cabin crew <input type="checkbox"/>
		Luokka 2 <input type="checkbox"/>	Luokka 3 <input type="checkbox"/>	
(3) Sukunimi	(4) Entiset sukunimet	(12) Ensimmäinen hakemus <input type="checkbox"/> Uusinta / voimassaolon jatkaminen <input type="checkbox"/>		
(5) Etunimet	(6) Henkilötunnus	(7) Sukupuoli	(14) Haettavan lupakirjan tyyppi	
	—	mies <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/>		
(8) Syntymäpaikka ja -maa	(9) Kansalaisuus	(15) Ammatti (päätoimi)		
(10) Vakituinen osoite	(11) Postiosoite (jos eri)	(16) Työnantaja		
Maa:	Maa:	(17) Edellisen lääkärintarkastuksen		
Puhelinnumero:	Puhelinnumero:	Päivämäärä:		
Sähköposti:		Paikka:		
(18) Nykyinen ilmailulupakirja (tyyppi)	Lupakirjan numero:	Myöntävävaltio:	(19) Lupakirjaan / kelpoisuustodistukseen liittyvät rajoitukset	
			Ei ole <input type="checkbox"/>	
			On <input type="checkbox"/> Mitä:	
(20) Onko lääketieteellistä kelpoisuustodistusta koskeva hakemuksenne joskus hylätty tai onko todistuksenne joskus peruutettu kokonaan tai väliaikaisesti?			(21) Lentotunteja yhteensä	(22) Lentotunteja edellisen lääkärintarkastuksen jälkeen
Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Milloin (pvm):	Missä (maa):			
Lisätiedot:			(23) Lentämänne ilma-alustyyppi	
(24) Oletteko ollut osallisena lento-onnettomuudessa tai vaaratilanteessa edellisen lääkärintarkastuksen jälkeen?			(25) Aiottu lentotoiminnan laji	
Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Milloin (pvm):	Paikka:		Jos ansiolentotoimintaa yhden ohjaajan miehistöllä <input type="checkbox"/> maksavia matkustajia <input type="checkbox"/> ei maksavia matkustajia	
Lisätiedot:				
(27) Alkoholinkulutus viikossa keskimäärin:			(26) Nykyinen lentotoiminta	
			Yksi ohjaaja <input type="checkbox"/> Usean ohjaajan miehistö <input type="checkbox"/>	
(29) Tupakoitko?			(28) Käytättekö lääkkeitä?	
En <input type="checkbox"/> En enää <input type="checkbox"/> Lopetettu (pvm):			En <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/>	
Kyllä <input type="checkbox"/> laji ja määrä:			Lääkkeen nimi, annostus, aloituspvm ja käytön syy:	

**Yleiset ja lääketieteelliset esitiedot:** Onko teillä nyt tai aiemmin ollut jokin seuraavista? Merkitkää jokaisessa kohdassa rasti ruutuun KYLLÄ tai EI (tai antakaa pyydetty tieto). Kyllä-vastauksista on annettava lisäselvitys kohdassa 30.

	Kyllä	Ei		Kyllä	Ei		Kyllä	Ei		Kyllä	Ei
101 Silmäsairauksia/silmäleikkaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114 Usein toistuvaa tai voimakasta päänsärkyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127 Tuki- ja liikuntaelimestön sairaus tai toimintakyvyn alentuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Onko lähisukulaisillanne esiintynyt:</b>		
102 Silmälasit ja/tai piilolinssit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115 Huimausta tai pyörtymisiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128 Muu sairaus tai vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170 Sydäntauteja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 Silmälasimääräys muuttunut edellisen lääkärintarkastuksen jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116 Tajuttomuus (mistä tahansa syystä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129 Oletteko ollut sairaalahoitossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171 Korkeaa verenpainetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 Allergia tai heinänuha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 Hermostollisia häiriöitä: epilepsiaa, kohtauksia, halvauksia tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130 Oletteko käynyt lääkärissä edellisen tarkastuksen jälkeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172 Korkeaa kolesteroliarvoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 Astma tai muu keuhkosairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118 Mielenrveyshäiriöitä: masennusta, ahdistuneisuutta tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131 Henkivakuutushakemuksen hylkäys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173 Epilepsiaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 Sydän- tai verenkiertosairauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119 Alkoholien/huumeiden/lääkkeiden väärinkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132 Lentolupakirjahakemuksen hylkäys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174 Mielisairautta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107 Korkea tai alhainen verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120 Itsemurhayritys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133 Asevelvollisuudesta vapauttaminen lääketieteellisistä syistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 Munuaiskivi tai verivirtsaisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121 Lääkitystä vaativa matkapahoinvointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134 Eläkkeen tai korvauksen myöntäminen vamman tai sairauden vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	176 Tuberkuloosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109 Diabetes, hormonihäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122 Anemia tai sirppisoluanemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				177 Allergia/astma/ihottuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110 Ruuansulatelsairauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123 Malaria tai muu trooppinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				178 Periytyviä sairauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111 Kuulovika tai korvasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124 HIV-positiivisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				179 Glaukooma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112 Nenän, nielun sairauksia tai puhehäiriö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125 Sukupuolitauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<b>Vain naisille:</b>		
113 Päävamma tai aivotärähdyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126 Unihäiriö, uniapnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				150 Gynekologisia sairauksia tai kuukautishäiriöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									151 Oletteko raskaana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) **Lisätietoja:** Jos sairaus tai muu seikka on ilmoitettu aikaisemmin eikä siinä ole tapahtunut muutoksia, kertokaa se tässä kohdassa.

(31) **Vakuutus:** Vakuutan, että olen antanut edellä olevat vastaukset huolellisesti harkiten ja että ne ovat parhaan ymmärrykseni mukaan oikeita ja täydellisiä. Vakuutan myös, etten ole jättänyt mainitsematta mitään asiaankuuluvia tietoja tai antanut harhaanjohtavia vastauksia. Olen tietoinen siitä, että jos olen antanut tämän hakemuksen yhteydessä vääriä tai harhaanjohtavia tietoja, tai en pysty esittämään niiden tueksi tarvittavaa lääketieteellistä aineistoa, viranomainen voi kieltäytyä myöntämästä minulle lääketieteellistä kelpoisuustodistusta, peruuttaa jo myönnetyn todistuksen tai ryhtyä muihin kansallisen lainsäädännön mukaisiin toimenpiteisiin. SUOSTUMUS LÄÄKETIETEELLISTEN TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN: Hyväksyn kaikkien tässä hakemuksessa ja sen mahdollisissa liitteissä olevien tietojen luovuttamisen ilmailulääkärille, kansalliselle ilmailuviranomaiselle ja tarvittaessa toisen valtion ilmailulääketieteen yksikölle (AMS). Suostun siihen, että näitä asiakirjoja tai elektronisesti tallennettuja tietoja käytetään lääketieteellisen kelpoisuuden arviointiin ja ne siirtyvät viranomaisen haltuun ja pysyvät sen hallussa, edellyttäen kuitenkin, että minulla tai lääkäriilläni on kansallisen lainsäädännön mukainen oikeus päästä tutkimaan niitä. Lääketieteellisten tietojen luottamuksellisuus säilyy koko ajan.

Päiväys

Hakijan allekirjoitus

AME:n/Työterveyslääkärin/AMS:n allekirjoitus  
(todistaja)

# TÄYTTÖOHJEET

Tämä hakemuslomake ja kaikki sen liitteenä olevat lausuntolomakkeet ja lausunnot toimitetaan ilmailuviranomaiselle (Liikennelääketieteiden keskus, AMS). Lääketieteellisten tietojen luottamuksellisuus säilyy koko ajan.

Hakijan on itse täytettävä huolellisesti kaikki hakemuslomakkeen kohdat. Vastaukset kirjoitetaan koneella ja tulostetaan kolmena samansisältöisenä kappaleena. Tulostuksen jälkeen lomake tyhennetään. Jos tila ei riitä johonkin kysymykseen vastaamiseen, on käytettävä erillistä tyhjää paperia, jolle merkitään tarvittava tieto, hakijan allekirjoitus ja päivämäärä. Seuraavat numeroidut ohjeet viittaavat vastaavasti numeroituihin hakemuslomakkeen kohtiin.

**HUOM:** Jos hakemuslomaketta ei ole täytetty kokonaan tai jos kirjoitus ei ole helposti luettavaa, hakemusta ei hyväksytä. Väriä tai harhaanjohtavien tietojen antaminen tai asiaankuuluvien tietojen mainitseminen jättäminen hakemuksessa voi johtaa rikossyytteeseen, hakemuksen hylkäämiseen ja/tai jo myönnetyn lääketieteellisen kelpoisuustodistuksen peruuttamiseen.

<b>1. VALTIO, JOLTA TODISTUSTA HAETAAN</b> Sen maan nimi, jolle tämä hakemus esitetään.	<b>17. EDELLINEN HAKEMUS</b> Milloin (päivä, kuukausi, vuosi) ja missä (paikkakunta, maa) olette viimeksi hakenut lääketieteellistä kelpoisuustodistusta. Ensimmäistä kelpoisuustodistustaan hakevat merkitsevät viivan ( - ).
<b>2. KELPOISUUSTODISTUKSEN LUOKKA</b> Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun. Luokka 1: ammattilentäjä Luokka 2: yksityislentäjä LAPL Luokka 3: Lennonjohtaja ja lennontiedottaja Cabin crew: Matkustamomiehistön jäsen	<b>18. NYKYINEN ILMAILULUPAKIRJA</b> Ilmoittakaa nykyisen lupakirjan tai -kirjojen tyyppi kuten kohdassa 14 sekä jokaisen lupakirjan numero ja myöntävävaltio. Jos nykyistä lupakirjaa ei ole, merkitkää viiva ( - ).
<b>3. SUKUNIMI</b> Nykyinen sukunimi.	<b>19. LUPAKIRJAAN / KELPOISUUSTODISTUKSEEN LIITTYVÄT RAJOITUKSET</b> Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun. Jos lupakirjassanne tai kelpoisuustodistuksessanne on rajoituksia, ilmoittakaa tarkemmin, mitä ne koskevat, esim. näkö, värinäkö, varmistusohjaaja.
<b>4. ENTISET SUKUNIMET</b> Jos sukunimenne on jostain syystä muuttunut, merkitkää tähän entinen sukunimi tai -nimet.	<b>20. LÄÄKETIETEELLISEN KELPOISUUSTODISTUKSEN EPÄÄMINEN TAI PERUUTTAMINEN</b> Merkitkää rasti ruutuun 'Kyllä', jos hakemuksenne on joskus hylätty tai todistuksenne peruutettu vaikka vain väliaikaisesti. Kyllä-vastauksen yhteydessä on annettava myös päivämäärä (PP/KK/VVVV) ja valtio, jossa hylkääminen tai peruutus tapahtui.
<b>5. ETUNIMET</b> Kaikki etunimet (enintään kolme).	<b>21. LENTOTUNTEJA YHTEENSÄ</b> Lentotuntien kokonaismäärä.
<b>6. SOSIAALITURVATUNNUS</b> Merkitkää numeroin päivä (PP), kuukausi (KK) ja vuosi (VV)-TUNNUS (XXXX), esim. 220850-001A.	<b>22. LENTOTUNTEJA EDELLISEN LÄÄKÄRINTARKASTUKSEN JÄLKEEN</b> Tuntimäärä, jonka olette lentänyt edellisen lääkärintarkastuksenne jälkeen.
<b>7. SUKUPUOLI</b> Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun.	<b>23. LENTÄMÄNNE ILMA-ALUSTYYPPI</b> Ilma-alustyyppi, jolla nykyisin pääasiassa lennätte, esim. Boeing 737, Cessna 150.
<b>8. SYNTYMAPAIKKA</b> Syntymäpaikkakunta ja -maa.	<b>24. LENTO-ONNETTOMUUS / VAARATILANNE</b> Jos vastaatte 'Kyllä', ilmoittakaa myös onnettomuuden tai vaaratilanteen ajankohta (PP/KK/VVVV) ja tapahtumavaltio.
<b>9. KANSALAISUUS</b> Sen maan nimi, jonka kansalainen olette.	<b>25. AIOTTU LENTOTOIMINNAN LAJI</b> Esim. reittilennot, tilauslennot, maatalouslennot, harrastelennot tms. Jos harjoitatte ansiolentotoimintaa yhden ohjaajan miehistössä, merkitkää myös kuljetatteko maksavia matkustajia.
<b>10. VAKITUIINEN OSOITE</b> Vakituinen postiosoitteenne ja asuinvaltionne. Antakaa puhelinnumeron yhteydessä myös suuntanumero.	<b>26. NYKYINEN LENTOTOIMINTA</b> Merkitkää rasti oikeaan ruutuun sen mukaan, toimitteko <u>ainoana</u> ohjaajana vai ei.
<b>11. POSTIOSOITE</b> Jos postiosoitteenne on eri kuin vakituinen osoite, ilmoittakaa nykyinen täydellinen postiosoitteenne sekä puhelinnumero suuntanumeroineen. Jos osoite on sama, merkitkää 'SAMA'.	<b>27. ALKOHOLI</b> Arvioikaa viikoittainen alkoholinkulutus, esim. 2 litraa olutta.
<b>12. HAKEMUS</b> Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun.	<b>28. LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ</b> Jos vastaatte 'Kyllä', antakaa tarkemmat tiedot: lääkkeen nimi, kuinka paljon ja milloin otatte sitä jne. Myös reseptittä saatavat lääkkeet on mainittava.
	<b>29. TUPAKOINTI</b> Merkitkää rasti asianmukaiseen ruutuun. Jos tupakoitte edelleen, ilmoittakaa myös tupakan laji (savukkeet, sikarit, piippu) ja määrä (esim. 2 sikaria päivässä; piippu - 30 g viikossa).
<b>14. HAETTAVAN LUPAKIRJAN TYPPI</b> Ilmoittakaa haettavan lupakirjan tyyppi seuraavan luettelon mukaisesti: ATPL - liikennelentäjän lupakirja MPL - usean ohjaajan miehistölupakirja CPL/IR - ansiolentäjän lupakirja/mittarilentokelpuus CPL - ansiolentäjän lupakirja PPL/IR - yksityislentäjän lupakirja/mittarilentokelpuus PPL - yksityislentäjän lupakirja SPL - purjelentäjän lupakirja BPL - ilmapallolentäjän lupakirja LAPL - kevyiden ilma-alusten lupakirja (lentokone/helikopteri/molemmat) Muu - mikä?	<b>YLEISET JA LÄÄKETIETEELLISET ESITIEDOT</b> Jokaiseen kysymykseen kohdissa 101 - 179 on vastattava merkitsemällä rasti ruutuun 'Kyllä' tai 'Ei'. Vastatkaa 'Kyllä', jos teillä on milloin tahansa elämässänne ollut kyseinen sairaus tai tila ja antakaa tarkemmat tiedot ja likimääräinen ajankohta kohdassa <b>30. LISÄTIETOJA</b> . Kaikki kysymykset ovat lääketieteellisesti merkitseviä, vaikka se ei ehkä käy selvästi ilmi. Kohdat 170 - 179 koskevat lähisukulaisien sairauksia, ja kysymykset 150 - 151 on tarkoitettu vain naispuolisille hakijoille. Jos tiedot on annettu jo aiemmassa hakemuslomakkeessa eikä tilassanne ole tapahtunut muutoksia, voitte merkitä 'Ilmoitettu aikaisemmin, ei muutoksia'. Kyseisen tilan tai sairauden kohdalle on kuitenkin merkittävä rasti ruutuun 'Kyllä'. Tavallisia ohimeneviä tauteja, kuten flunssaa, ei tarvitse ilmoittaa.
<b>15. AMMATTI</b> Päätöimi.	<b>31. VAKUUTUS JA SUOSTUMUS TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN</b> Älkää allekirjoitako tai päivätkö tätä vakuutusta, ennen kuin valtuutettu ilmailulääkäri antaa siihen luvan. Lääkäri kirjoittaa nimensä todistajan allekirjoitukselle varattuun kohtaan.
<b>16. TYÖNANTAJA</b> Koskee vain päätöimisiä lentäjiä. Toisen palveluksessa työskentelevät ilmoittavat työnantajan nimen, itsenäiset ammatinharjoittajat merkitsevät 'ITSE'.	