

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / Croatian Civil Aviation Agency
Buzinski krči 5, Buzin, 10 010 Zagreb; +385 1 2369 300; aeromedical@ccaa.hr

**ISPUNJAVA IMATELJ DOZVOLE / CERTIFIKATA O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI → OBRAZAC PREDATI AeMC/AME
TO BE COMPLETED BY THE HOLDER OF THE LICENSE / MEDICAL CERTIFICATE → SUBMIT THE FORM TO AeMC/AME**

U potpunosti ispuniti obrazac velikim tiskanim slovima i predati vlastoručno potpisani obrazac. U prilogu dostaviti presliku dozvole i certifikata o zdravstvenoj sposobnosti i relevantnu medicinsku dokumentaciju. *Entirely fill in the form with capital letters and submit it with your own hand signature. Please attach a copy of the license, the medical certificate and relevant medical documentation.*

MEDICAL IN CONFIDENCE

Prezime i ime <i>Last and first name</i>	Datum rođenja <i>Date of birth (dd / mm / yyyy)</i>
OIB	Adresa, e-mail, telefon <i>Address, E-mail, Phone</i>
Kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Class of medical fitness</i> ☐ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ 3 ☐ CABIN CREW	Kratko obrazloženje <i>A short explanation</i>
Vrsta dozvole koju posjedujem <i>Type of licence held</i>	

IMATELJI DOZVOLE PILOTA za nastavak korištenja svojih privilegija, moraju, bez pretjeranog odgađanja, zatražiti zrakoplovno-medicinski savjet u AeMC-u ili od AME-a, ako su: **HOLDERS OF A PILOT LICENCE** shall, without undue delay and before exercising the privileges of their licence, seek aero-medical advice from the AeMC or AME, when they:

☐ bili na kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; *have undergone a surgical operation or invasive procedure;*
☐ prepisana im je redovita uporaba bilo kakvih lijekova; *have commenced the regular use of any medication;*
☐ pretrpjeli su bilo kakvu osobnu ozljedu koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; *have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;*
☐ bolovali su od bilo kakve bolesti koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; *have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;*
☐ su trudni; *are pregnant;*
☐ su primljeni u bolnicu ili kliniku; *have been admitted to hospital or medical clinic*
☐ prvi zahtjev za nošenje korekcijskih leća. *first require correcting lenses.*

ČLANOVI KABINSKE POSADE moraju, bez odgađanja, potražiti savjet AME-a, AeMC-a ili OHMP-a ako su: **CABIN CREW MEMBERS** shall, without undue delay, seek the advice of an AME, AeMC or OHMP, when they:

☐ bili na kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; *have undergone a surgical operation or invasive procedure;*
☐ prepisana im je redovita uporaba bilo kakvih lijekova; *have commenced the regular use of any medication;*
☐ pretrpjeli su bilo kakvu osobnu ozljedu koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; *have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;*
☐ bolovali su od bilo kakve bolesti koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; *have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;*
☐ su trudni. *are pregnant.*

IMATELJI DOZVOLA KONTROLORA ZRAČNOG PROMETA moraju bez nepotrebnog odlaganja i prije korištenja privilegija svoje dozvole zatražiti zrakoplovno-medicinski savjet ako: **HOLDERS OF A ATCO LICENCE** shall, without undue delay and before exercising the privileges of their licence, seek aero-medical advice when they:

☐ su bili podvrgnuti kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; *have undergone a surgical operation or invasive procedure;*
☐ im je prepisano redovito uzimanje bilo kakvih lijekova; *have commenced the regular use of any medication;*
☐ su pretrpjeli bilo kakvu značajniju tjelesnu ozljedu koja uključuje nesposobnost korištenja privilegija dozvole; *have suffered any significant personal injury involving any incapacity to exercise the privileges of the licence;*
☐ su bolovali od bilo kakve značajnije bolesti koja uključuje nesposobnost korištenja privilegija dozvole; *have been suffering from any significant illness involving any incapacity to exercise the privileges of the licence;*
☐ su u drugom stanju; *are pregnant;*
☐ su primljeni u bolnicu ili kliniku; *have been admitted to hospital or medical clinic;*
☐ prvi put trebaju nositi korekcijske leće. *first require correcting lenses.*

Datum <i>Date</i>	Potpis <i>Signature</i>
----------------------	----------------------------

ISPUNJAVA AME/AeMC
TO BE COMPLETED BY AME/AeMC

→ DOSTAVITI PODNOSITELJU
→ DELIVERY TO APPLICANT

MEDICAL IN CONFIDENCE

Procjena / mišljenje u vezi sa smanjenjem zdravstvene sposobnosti
Assessment / opinion regarding decrease in medical fitness

Prezime i ime <i>Last and first name</i>
Mjesto i datum rođenja <i>Place and date of birth (dd/mm/yyyy)</i>
Kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Class of medical certificate</i>
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ LAPL ☐ CABIN CREW
Temeljem: <i>Based on:</i>
☐ uvida u dostavljenu medicinsku dokumentaciju, <i>reviews the submitted medical documentation,</i>
☐ liječničkog pregleda i/ili obavljenog testiranja i/ili dijagnostičkih postupaka/ispitivanja, <i>medical examination and/or performed testing and/or diagnostic procedures,</i>
obavljena je procjena zdravstvene sposobnosti - u odnosu na zahtjeve propisane Uredbom Komisije (EU) broj 1178/2011 ili Uredbom Komisije (EU) broj 340/2015, kako su izmijenjene i dopunjene, gore navedeni imatelj dozvole/potvrde o osposobljenosti: <i>the medical fitness assessment was carried out - in relation to the requirements prescribed by Commission Regulation (EU) No. 1178/2011 or Commission Regulation (EU) No. 340/2015, as amended, the holder of the license/attestation listed above is:</i>
☐ SPOSOBAN za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. <i>FIT to exercise the privileges of the license or duty.</i>
☐ PRIVREMENO NESPOSOBAN za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti do: <i>TEMPORARILY UNFIT to exercise the privileges of license or duty until</i> _____ ☐ Ponovna procjena dana <i>The assessment should be repeated on:</i> _____
☐ NESPOSOBAN - sukladno važećim odredbama nadležnog propisa imatelj dozvole/potvrde o osposobljenosti se ne može ocijeniti sposobnim. <i>UNFIT - in accordance with the valid provisions of the competent regulation, the holder of the license/attestation cannot be assessed as fit.</i>
☐ Nije donijeta ocjena zdravstvene sposobnosti. Razlog: <i>No medical fitness assessment was made. Reason:</i> _____
ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKI SAVJET/UPUTA: <i>AERO-MEDICAL ADVICE/GUIDE:</i> _____
Datum <i>Date</i>
AME potpis i žig <i>AME signature and stamp</i>

ISPUNJAVA AME/AeMC
TO BE COMPLETED BY AME/AeMC

→ DOSTAVITI POSLODAVCU ukoliko je primjenjivo)
→ DELIVERY TO THE EMPLOYER (if applicable)

POSLODAVAC (naziv/adresa): EMPLOYER (name/address):

**Obavijest poslodavcu u vezi sa smanjenjem zdravstvene sposobnosti zaposlenika - imatelja
dozvole ili potvrde o osposobljenosti**
***Notification to the employer regarding the decrease in medical fitness of the employee - holder of
a license or attestation***

Prezime i ime
Last and first name

Mjesto i datum rođenja
Place and date of birth (dd/mm/yyyy)

Obavljena je procjena zdravstvene sposobnost - u odnosu na zahtjeve propisane Uredbom Komisije (EU) broj 1178/2011 ili Uredbom Komisije (EU) broj 340/2015, kako su izmijenjene i dopunjene, gore navedeni imatelj dozvole/potvrde o osposobljenosti, Vaš zaposlenik je:

☐ SPOSOBAN za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. *FIT to exercise the privileges of the license or duty.*

☐ PRIVREMENO NESPOSOBAN za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti do: *TEMPORARILY UNFIT to exercise the privileges of license or duty until* _____ ☐ Ponovna procjena dana *The assessment should be repeated on:*

☐ NESPOSOBAN - sukladno važećim odredbama nadležnog propisa imatelj dozvole se ne može ocijeniti sposobnim.
UNFIT - in accordance with the valid provisions of the competent regulation, the holder of the license/attestation cannot be assessed as fit.

☐ Nije donijeta ocjena zdravstvene sposobnosti. Razlog: *No medical fitness assessment was made. Reason:*

UPUTA POSLODAVCU (ukoliko je primjenjivo): *GUIDE TO THE EMPLOYER (if applicable):*

Datum
Date

AME potpis i žig
AME signature and stamp