



IS ÚCL- AMED.CAA.CZ

PŘEDBĚŽNÁ VERZE KE DNI 16.2.2017

URČENO PRO LETECKOU VEŘEJNOST

Obsah

Úvod	1
Návod na vyplnění žádosti pro leteckou veřejnost	1

Úvod

Aplikace amed.caa.cz je určena pro lepší správu lékařské dokumentace v rámci IS ÚCL. Z hlediska typu 3uživatelů systému rozlišujeme uživatele na:


- Letecká veřejnost
- Lékaři (AME)
- Hlavní lékaři (AMS)
- Správci aplikace amed.caa.cz

Návod na vyplnění žádosti pro leteckou veřejnost

Do webového vyhledávače zadejte adresu : <https://amed.caa.cz/registration>. Začněte vyplňovat formulář a potvrďte, že nejste robot. Červeně označená pole s hvězdičkou jsou povinná.

Přihláška na vyšetření

Jméno *	Příjmení *
<input type="text" value="Miroslav"/>	<input type="text" value="Provazník"/>
Datum narození *	Místo narození *
<input type="text" value="06.05.1959"/>	<input type="text" value="Plzeň"/>
Email *	Preferovaný lékař
<input type="text" value="aneta@notia.cz"/>	<input type="text" value="Aneta Mondeková"/>

☐ Nejsem robot 
reCAPTCHA
Ochrana soukromí · Smluvní podmínky

Odeslat

Na další stránce se zobrazí potvrzení, že byla přihláška úspěšně zpracována a potvrzení zasláno na vámi uvedený email. Pokračujte v dalším vyplňování záložky Osobní údaje.

Příhláška na vyšetření

Příhláška na vyšetření byla systémem úspěšně zpracována a bylo jí přiděleno číslo **25203425**.
Pečlivě si je prosím uschovejte. Budete o něj požádáni před zahájením vyšetření ošetřujícím lékařem.
Rekapitulace přihlášky byla rovněž zaslána na zadaný email.
Nyní prosím pokračujte vyplněním údajů pro zahájení vyšetření

Osobní údaje	Letecká činnost	Celková a lékařská anamnéza	Závěr
--------------	-----------------	-----------------------------	-------

(1) Stát vydávající průkaz způsobilosti *
Česká republika

(2) Požadováno osvědčení zdravotní způsobilosti *
1. Třídy

(3) Příjmení *
Provazník

(4) Dřívější příjmení

(5) Křestní jméno *
Miroslav

(6) Datum narození *
06.05.1959

(7) Pohlaví *
Muž

(8) Místo a země narození *
Plzeň

(9) Státní příslušnost *

Vyplňte údaje na záložce Letecká činnost

Osobní údaje	Letecká činnost	Celková a lékařská anamnéza	Závěr
--------------	-----------------	-----------------------------	-------

(18) Vlastněné průkazy způsobilosti
Číslo průkazu
Stát vydání

(19) Jakékoliv omezení v průkazu způsobilosti / osvědčení zdravotní způsobilosti
Zvolte *
NE

(20) Bylo vám někdy osvědčení o zdravotní způsobilosti odmítnuto, pozastaveno nebo zrušeno jakýmkoliv úřadem vydávajícím průkazy způsobilosti?
Zvolte *
NE

(21) Celkový počet letových hodin *
589635

(22) Počet letových hodin od poslední lékařské prohlídky *
8546

(23) V současné době létat na letadle třídy/typu *
Boeing

Na záložce Celková a lékařská anamnéza vyplňte pravdivě všechny položky

Příhláška na vyšetření

Příhláška na vyšetření byla systémem úspěšně zpracována a bylo jí přiděleno číslo **25203425**.
Pečlivě si je prosím uschovejte. Budete o něj požádáni před zahájením vyšetření ošetřujícím lékařem.
Rekapitulace přihlášky byla rovněž zaslána na zadaný email.
Nyní prosím pokračujte vyplněním údajů pro zahájení vyšetření

Osobní údaje Letecká činnost Celková a lékařská anamnéza Závěr

Oční potíže/oční operace *	Brýle a/nebo kontaktní čočky někdy nošené *	Změna předpisu brýlí od posledního lékařského vyšetření *
NE	NE	NE
Alergie nebo senná rýma *	Astma nebo plicní nemoc *	Srdeční nebo cévní potíže *
NE	NE	NE
Vysoký nebo nízký krevní tlak *	Ledvinový kámen nebo krev v moči *	Diabetes melitus, hormonální poruchy *
NE	NE	NE
Žaludeční, jaterní, střevní potíže *	Nedoslýchavost nebo ušní poruchy *	Poruchy nosu, krku a řeči *
NE	NE	NE
Poranění hlavy nebo otřes mozku *	Časté nebo těžké bolesti hlavy *	Závratě nebo záchvaty mdlob *

Na záložce závěr potvrďte správnost vašich odpovědí a datum. Pokud jste vyplnili preferovaného lékaře, váš formulář se mu zobrazí. Pokud ne, dohledá vaši žádost na základě čísla vyšetření, které si prosím vezměte s sebou.

Osobní údaje Letecká činnost Celková a lékařská anamnéza Závěr

(30) Poznámky

Pokud byly uvedeny již dříve a nedošlo ke změně, poznamenejte to

(31) Prohlášení: Prohlašuji tímto, že jsem pečlivě zvážil výše uvedené odpovědi a že jsou podle mého nejlepšího přesvědčení úplné a správné a že jsem nezatajil žádnou důležitou informaci nebo neuvedl žádné zavádějící údaje. Jsem si vědom, že pokud bych uvedl jakýkoli nepravdivý nebo zavádějící údaj související s touto žádostí, nebo nedal souhlas k poskytnutí doplňujících lékařských informací, může mi úřad vydávající průkazy způsobilosti odmítnout vydat osvědčení zdravotní způsobilosti, nebo mi může odebrat kterýkoli již vystavené osvědčení zdravotní způsobilosti, aniž by tím byla dotčena další opatření, vyplývající z národních právních předpisů. SOUHLAS S POSKYTNUTÍM LÉKAŘSKÉ INFORMACE: Tímto dávám souhlas k poskytnutí všech informací, obsažených v této zprávě a kterémkoli nebo všech doplňcích, určenému leteckému lékaři (AME), Úřadu a v případě potřeby posudkovému lékaři úřadu vydávajícího průkazy způsobilosti, s vědomím, že tyto dokumenty nebo elektronicky uchované údaje budou použity pro vyhotovení osvědčení zdravotní způsobilosti a zůstanou majetkem úřadu vydávajícího průkazy způsobilosti, za předpokladu, že já nebo můj lékař k nim budeme mít přístup v souladu s platnou právní úpravou. Za všech okolností bude dodržováno lékařské tajemství.

Výše uvedené potvrzuji *

ANO

Datum *

16.02.2017

Po vyplnění přihlášky zkontaktujte vybraného lékaře a domluvte se na termín vyšetření. Na samotné vyšetření si nezapomeňte vzít s sebou číslo přihlášky a občanský průkaz, nebo pas.