

- Ansökan om att införa fler mottagningar i certifikatet
- Anmälan om att ändra mottagningsuppgifter i certifikatet

Genom att sända in min ansökan intygar jag att:

- Jag har svensk läkarlegitimation och svensk specialistbehörighet.
- Jag inte är föremål för disciplinärt förfarande eller utredning av Socialstyrelsen eller Inspektionen för Vård och Omsorg
- Jag har kunskap om och kommer att följa de föreskrifter som gäller för flygläkare och de krav som gäller för medicinska intyg för piloter och medicinsk rapport för kabinbesättning.
- Jag har kunskap om och kommer att följa de krav som gäller för medicinska intyg för flygledare *)
- Jag godtar att de kontaktuppgifter för min(a) mottagning(ar) som jag lämnat i bilaga till denna ansökan får publiceras på Transportstyrelsens webbplats och delges luftfartsmyndigheter i andra europeiska stater.
- Jag är medveten om att Transportstyrelsen kommer att utöva tillsyn över min flygmedicinska verksamhet.
- Jag är medveten om att Transportstyrelsen tar ut avgifter för certifiering och tillsyn
- Jag kommer att använda Transportstyrelsens verksamhetssystem EMPIC enligt de anvisningar som ges av Transportstyrelsen.

*) Gäller enbart om certifikatet omfattar behörighet för klass 3.

Personuppgifter

Ort		Datum	
Namn		Personnummer (10 siffror)	
Adress			
Postnummer		Postadress	
Telefon		Mobil	
E-postadress			

Du kan sända din ansökan till certifikat.w3d3@transportstyrelsen.se

Observera att du i så fall måste spara ned blanketten som en pdf.

Det går naturligtvis bra även att skriva ut ansökan och posta den till Transportstyrelsen, Sektionen för flygcertifikat, 601 73 Norrköping.

Uppgifter för min(a) mottagning(ar)
(Obs! En bilaga för varje mottagning)

1. Kontaktuppgifter

Mottagningens namn	
Adress	
Postnummer	Postadress
Telefon	Telefax
E-postadress	
Webbsida	

2. Lokaler

Beskriv kortfattat mottagningen och vilka utrymmen som disponeras för den flygmedicinska verksamheten.

Reception	
Väntrum	
Undersökningsrum	
Laboratorieutrymme	
Läkarexpedition	
Arkivutrymme	
Andra utrymmen	

4. Medicinsk utrustning

Beskriv kortfattat vilken utrustning du har tillgång till på mottagningen. Om någon utrustning saknas, beskriv på vilket alternativt sätt undersökningen utförs.

Allmänundersökning		
Hjärtundersökning	EKG-apparat	
	annat	
Ögon	syntavla	
	refraktionsbestämning	
	test av närseende	
	annat	
Färgsinne	Ishihara	
	annat	
Öron	otoskop	
	annat	
Hörsel	tonaudiometer	
Lungfunktion	PEF	
	spirometer	
Laboratorieanalyser		
Annat		

5. It-utrustning

Beskriv kortfattat vilken IT-utrustning du har tillgång till på mottagningen och om det finns möjlighet att installera Citrix och EMPIC och ansluta till Internet

Internetanslutning	
Mobiltelefon	
Scanner	
Skrivare	
Möjlighet att installera Citrix	
Möjlighet att installera	
Annat	

6. Medicinsk sekretess

Beskriv kortfattat hur du garanterar medicinsk sekretess

Tillträdesskydd till	
Tillträdesskydd till	
Tillträdesskydd till	
Rutiner för hantering	
Annat	