

Част Б
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
REPUBLIK BULGARIEN

| | |
|---|--|
| МЕДИЦИНСКО ЗАВЕДЕНИЕ <i>/наименование, телефон и факс/</i> MEDIZINISCHE EINRICHTUNG <i>/Name, Telefon und Fax/</i> | ТРАНСПОРТЕН ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР БУРГАС ЕООД КЛОН РУСЕ ТЕЛ/ФАКС 082 820 153 TRANSPORT GESUNDHEITZENTRUM FÜR DIAGNOSE UND BERATUNG BURGAS LTD RUSE |
|---|--|



№ 15/05/2018
дата / месец / година

СВИДЕТЕЛСТВО ЗА МЕДИЦИНСКА ГОДНОСТ
№ 237
ÄRZTLICHES EIGNUNGSATTEST DES SEEMANNS

Настоящото свидетелство удостоверява медицинската годност на изследваното лице, съгласно разпоредбите на Правило I/9 на Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците 1978 г., както е изменена и Правило 1.2 на Морската трудова конвенция, 2006 г.

Dieses Attest bestätigt die ärztliche Eignung der untersuchten Person laut der Vorschriften der Verordnung I/9 des Internationalen Übereinkommens über die Ausbildungsnormen, Bescheinigung und Schiffswache, 1978, in der geänderten Fassung und Verordnung 1.2 des Seearbeitsübereinkommens, 2006.

| ЛИЧНИ ДАННИ НА ЛИЦЕТО /DATEN ZUR PERSON | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| ФАМИЛИЯ FAMILIENNAME | ИМЕ VORNAME | ПРЕЗИМЕ ZWEITER NAME | ПОЛ: М / Ж GESCHLECHT: M / F |
| Bolov | Krasimir | Veselinov | M |
| ДАТА НА РАЖДАНЕ /дд,мм,гггг/ GEBURTSDATUM /TT, MM, JJ/ | МЕСТОРОЖДЕНИЕ /ГРАД, ДЪРЖАВА/ GEBURTSORT /STADT, LAND/ | ЕГН/ PERSÖNLICHE IDENTIFIKATIONSNUMMER | ГРАЖДАНСТВО NATIONALITÄT |
| 16/06/68 | Ватна | 6806160984 | Bulgarian |
| ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА РАБОТА КАТО UNTERSUCHUNG FÜR DEN DIENST ALS; | МОРЯК MATROSE | | |

ДЕКЛАРАЦИЯ НА ОПРАВОМОЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТ*
ERKLÄRUNG DER BEVOLLMÄCHTIGTEN MEDIZINISCHEN PERSON

С настоящето декларирам, че / I hereby declare that:

| | | | |
|---|---|----------|------------|
| 1 | Медицинският преглед е извършен в съответствие с Ръководството на Международната организация по труда и на Международната морска организация за медицинските прегледи на морските лица и Наредбата за определяне на изискванията за здравословна годност на морските лица в Р България <i>Die medizinische Untersuchung ist laut der Leitlinien der Internationalen Arbeitsorganisation und der Internationalen Seeorganisation für die medizinischen Untersuchungen der Seemänner und der Verordnung für die Bestimmungen für die ärztliche Eignung der Seemänner in der Republik Bulgarien durchgeführt.</i> | | |
| 2 | При извършването на медицинския преглед съм проверил самоличността на лицето <i>Bei der Durchführung der medizinischen Untersuchung habe ich die . Ausweispapiere des Seemanns überprüft.</i> | ДА JA | НЕ NEIN |
| 3 | Слухът на лицето отговаря на стандартите, изложени в Раздел А-1/9 на Кодекса към Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците от 1978 г. <i>Das Hörvermögen des Seemanns entspricht den Normen des Teils A-1/9 des Internationalen Übereinkommens über die Ausbildungsnormen, Bescheinigung und Schiffswache, 1978</i> | ДА JA | НЕ NEIN |
| 4 | Слухът на лицето без помощни средства е задоволителен <i>Das Hörvermögen des Seemanns ist ohne fremde Hilfe befriedigend.</i> | ДА JA | НЕ NEIN |

| | | | |
|--|---|--|------------|
| 5 | Зрителната острота отговаря на стандартите, изложени в Раздел А-1/9 на Кодекса към Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците от 1978 г. <i>Die Sehschärfe entspricht den Normen des Teils A-1/9 des Internationalen Übereinkommens über die Ausbildungsnormen, Bescheinigung und Schiffswache, 1978</i> | ДА НЕ | НЕ NEIN |
| 6 | Цветоусещането на лицето отговаря на стандартите, изложени в Раздел А-1/9 на Кодекса към Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците от 1978 г. <i>Das Farbsehen des Seemanns entspricht den Normen des Teils A-1/9 des Internationalen Übereinkommens über die Ausbildungsnormen, Bescheinigung und Schiffswache, 1978</i> | ДА НЕ | НЕ NEIN |
| Дата на последния тест за цветоусещане (ден/месец/година) <u>15.05.18</u> <i>Datum des letzten Farbsehentestes (DD/MM/JJ)</i> | | | |
| 7 | Лицето може да изпълнява задължения по наблюдение <i>Der Seemann kann Wachepflichten ausüben.</i> | ДА НЕ | НЕ NEIN |
| 8 | Лицето не страда от заболяване, което може да се влоши в резултат от работа на море или да го направи негодно за работа на море или да застраши здравето на други лица на борда <i>Der Seemann leidet an keiner Krankheit, die sich folgend der Arbeit in der See verschlechtert werden kann oder ihn nicht gesund für die Arbeit in der See machen werden kann oder die Gesundheit anderer Personen am Bord beeinträchtigen kann.</i> | ДА НЕ | НЕ NEIN |
| Лицето е / <i>The seafarer is / Der Seemann ist</i> | | | |
| 9 | <input checked="" type="checkbox"/> ГОДНО ЗА РАБОТА <i>GESUND</i> | <input type="checkbox"/> ГОДНО ЗА РАБОТА С НЕДОСТАТЪК <i>GESUND MIT EINSCHRÄNKUNGEN</i> Причини /описание/ _____ _____ Gründe/Begründung _____ _____ Лечение/Behandlung _____ _____ | |
| | <input type="checkbox"/> НЕГОДНО <i>NICHT GESUND</i> | <input type="checkbox"/> НЕГОДНО ДО ОТСТРАНЯВАНЕ НА НЕДОСТАТЪКА <i>NICHT GESUND BIS BESEITIGUNG DER EINSCHRÄNKUNG</i> | |
| ЗА ДЛЪЖНОСТ: <i>FÜR DEN DIENST ALS:</i> <u>морска матрос</u> | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Дата на извършване на прегледа / <i>Datum der Untersuchung</i> | <u>15.05.2018</u> | Валидно до / <i>Ablaufdatum des Attestes</i> | <u>15.05.2020</u> |
| Име и квалификация на медицинското лице / <i>Name und akademischer Grad der medizinischen Person</i> | <u>Dr. R. Todorova</u> <u>г. Тодорова</u> | Подпис на лекар, призната специалност по чл. 23, ал. 1, пета параграф от <i>Officially authorized medical person</i> <i>unterschrift der offiziell bevollmächtigten medizinischen Person</i> | <u>Dr. Specialist Danyana Todorova MD</u> <u>Internal Diseases</u> <u>Ministry of Health Medical University Sofia</u> |

Забележка: Лекарят с призната специалност по чл. 23, ал. 1, пета параграф от *Officially authorized medical person* носи отговорност за достоверността на медицинските данни, представени в този документ.

Bemerkung: Die offiziell bevollmächtigte medizinische Person trägt Haftung für die Beweiskraft der medizinischen Daten, die in diesem Dokument angegeben sind.

С настоящото декларирам, че съм запознат със съдържанието на свидетелството и с правото на преразглеждане на заключението.

Hiermit bestätige ich, daß ich über den Attestinhalt und das Recht um Beurteilungsnachprüfung informiert bin.

ПОДПИС НА МОРСКОТО ЛИЦЕ:
UNTERSCHRIFT DES SEEMANNS:



Форма за документирване на медицински преглед за оценяване на
медицинската годност на моряците

Име (име, презиме, фамилия): Красимир Веселинов Юров
 Дата на раждане (ден/месец/година): 16/06/1968
 Домашен адрес: Варна; Младост; бл. 116; вк 9, ап 6
 Метод на установяване на самоличността (№ на паспорт, моряшка книжка или друг документ за самоличност): 500815580
 Изследване за работа като (палубна команда/машинна команда/морски свързки/корабна кухня/друго): м/р/к / матросе
 Рутинни и извънредни задължения, които лицето ще изпълнява на съответната позиция (ако са известни): _____
 Вид на кораба (контейнеровоз, танкер, пътнически): _____
 Район на плаване (крайбрежно/в тропически зони/цял свят): река

ДЕКЛАРАЦИЯ НА ОБСЛЕДВАНОТО ЛИЦЕ
(при попълването да се окаже съдействие от медицинския специалист)

| № | ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ | ДА | НЕ |
|----|---|----|----|
| 1 | Проблеми с очите/зрението | | X |
| 2 | Високо кръвно налягане | X | |
| 3 | Сърдечно или съдово заболяване | | X |
| 4 | Претърпяна сърдечна операция | | X |
| 5 | Варикозни (разширени) вени/хемороиди | | X |
| 6 | Асма/бронхит | | X |
| 7 | Заболявания на кръвта | | X |
| 8 | Диабет | | X |
| 9 | Заболявания на щитовидната жлеза | | X |
| 10 | Храносмилателно разстройство | | X |
| 11 | Заболявания на бъбреците | | X |
| 12 | Кожни заболявания | | X |
| 13 | Алергии | | X |
| 14 | Инфекциозни и заразни заболявания | | X |
| 15 | Херния | | X |
| 16 | Заболявания на гениталиите | | X |
| 17 | Бременност | | X |
| 18 | Разстройства на съня | | X |
| 19 | Употреба на <u>тютюневи изделия</u> алкохол и наркотични вещества | X | |
| 20 | Претърпени хирургически и оперативни интервенции | | X |
| 21 | Епилепсия/припадъци | | X |
| 22 | Замайване/прилошаване | | X |
| 23 | Загуба на съзнание | | X |
| 24 | Психиатрични заболявания | | X |
| 25 | Депресия | | X |
| 26 | Опит за самоубийство | | X |
| 27 | Загуба на памет | | X |

| | | | | |
|----|--|--|--|---|
| 28 | Тежко главоболие | | | X |
| 29 | Заболявания на ушите (слух, шум в ушите), носа и гърлото | | | X |
| 30 | Ограничена подвижност | | | X |
| 31 | Проблеми с гърба или ставите | | | X |
| 32 | Ампутация | | | X |
| 33 | Фрактури/дислокации | | | X |

Моля предоставете повече информация/подробности, ако сте отговорили с „ДА“ на някой от горните въпроси:

| № | ДОПЪЛНИТЕЛНИ ВЪПРОСИ | ДА | НЕ |
|----|--|----|----|
| 34 | Бил ли сте свален от кораб или репатриран по медицински причини? | | X |
| 35 | Бил ли сте хоспитализиран? | | X |
| 36 | Бил ли сте оценяван като негоден за работа на море? | X | |
| 37 | Свидетелството Ви за медицинска годност било ли е някога с ограничение или отменяно? | | X |
| 38 | Известно ли Ви е да имате здравословни проблеми, болести или заболявания? | X | |
| 39 | Чувствате ли се здрав и годен да изпълнявате задълженията на длъжността/позицията, която ще заемате на кораба? | X | |
| 40 | Имате ли алергии към лекарствени средства? | | X |

Бележки:

| № | ДОПЪЛНИТЕЛНИ ВЪПРОСИ | ДА | НЕ |
|----|---|----|----|
| 41 | Приемате ли лекарства по или без предписание? | X | |

Моля, посочете взиманите лекарства, причините и дозата:

Mobicel 1 + 5 XDP

С настоящето удостоверявам, че декларираното по-горе е достоверно, доколкото ми е известно.

Подпис на обследваното лице: _____ Дата(ден/месец/година): 15.05.18
 Свидетел (подпис): _____ Име (печатно или ръкописно): T. Gellner

С настоящето заявявам, че съм съгласен д-р R. Todorov (оправомощен медицински специалист) да получи достъп до цялата ми медицинска документация, налична при медицински специалисти, здравни заведения и държавни органи.

Подпис на обследваното лице: _____ Дата(ден/месец/година): 15.05.18
 Свидетел (подпис): _____ Име (печатно или ръкописно): T. Gellner

Дата и данни за контакт от предишен медицински преглед (ако са известни):

МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД

Зрение:

Използва очила или контактни лещи: ДА/НЕ (ако „да“ – с каква цел)

Зрителна острота

| | с помощни средства | | | без помощни средства | | |
|--------|--------------------|----------|-----------|----------------------|----------|-----------|
| | дясно око | ляво око | двете очи | дясно око | ляво око | двете очи |
| далече | | | | 1. | 0.9 | 1. |
| близко | | | | | | |

Зрителни полета

| | нормални | нарушени |
|-----------|----------|----------|
| дясно око | ✓ | |
| ляво око | ✓ | |

Цветоусещане

неизследвано нормално със съмнения нарушено

Слух

| | Чист тон и аудиометрия (пределни стойности в децибели) | | | | |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| | 500 Hz | 1 000 Hz | 2 000 Hz | 3 000 Hz | 4 000 Hz |
| дясно ухо | 15 | 15 | 20 | 20 | 15 |
| ляво ухо | 25 | 15 | 15 | 20 | 15 |

Тест с говор и шепот (метри)

| | ГОВОР | ШЕПОТ |
|-----------|-------|-------|
| дясно ухо | 2.5-9 | 2.5-9 |
| ляво ухо | 2.5-9 | 2.5-9 |

Клинични резултати

Височина: 177 (см)

Тегло: 86 (кг)

Пулс: 76 /мин.

Сърдечна честота: 76

Кръвно налягане: систолично: 140 (mm Hg) диастолично: 80 (mm Hg)

Урина: глюкоза: **NEGATIVE** белтък: **NEGATIVE** кръв: Белковска - 6,2 mmol/l

R-4-N-248
15-05-2009

| | нормално | нарушения |
|---|----------|-----------|
| Глава | ✓ | |
| Синуси, нос, гърло | ✓ | |
| Устна кухина/зъби | ✓ | |
| Тъпънчева мембрана | ✓ | |
| Очи | ✓ | |
| Офталмоскопия | ✓ | |
| Зеници | ✓ | |
| Очни движения | ✓ | |
| Бели дробове и гръден кош | ✓ | |
| Гърди | ✓ | |
| Сърце | ✓ | |
| Кожа | ✓ | |
| Варикозни (разширени) вени | ✓ | |
| Съдова система (вкл. периферни пулсации) | ✓ | |
| Коремна кухина и вътрешни органи | ✓ | |
| Херния | ✓ | |
| Анус (не вкл. ректален преглед) | ✓ | |
| Пикочо-полова система | ✓ | |
| Горни и долни крайници | ✓ | |
| Гръбнак (шиен дял, торекален дял, лумбален дял) | ✓ | |
| Неврологичен статус (пълн/???) | ✓ | |
| Психиатричен статус | ✓ | |
| Общо състояние | ✓ | |

Д-Р СТАНИМИР РУСЕВ
СПЕЦИАЛИСТ УШНО-НОСНО-ГОЛОВНИ БОЛЕСТИ
ТЕЛ: 45 87 86
ТДК-К-Т 20

Д-Р ДИМИТРИНА СТАНЕВА
Клинична лаборатория

Д-Р ГУМЯНА ТОДОРОВА
СПЕЦИАЛИСТ ВЪТРЕШНИ И ПРОФЕСИОНАЛНИ БОЛЕСТИ И ТРУДОВА МЕДИЦИНА
УИН 1900000641

ЦЕНТЪР ЗА ПСИХИЧНО ЗАРЪЧЕ
РУСЕ
ROUSSE
УИН 1900000641

Д-Р ГУМЯНА ТОДОРОВА
СПЕЦИАЛИСТ ВЪТРЕШНИ И ПРОФЕСИОНАЛНИ БОЛЕСТИ И ТРУДОВА МЕДИЦИНА
УИН 1900000641

R6 gr

не е провеждано

проведено на (ден/месец/година): 5/5/190518

Резултати:

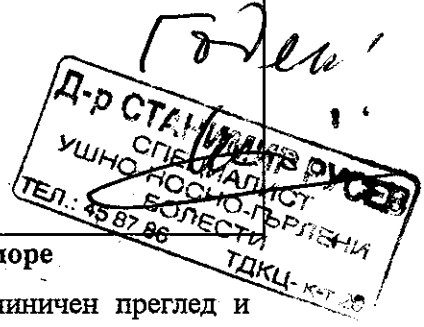
Резултатът е нормален

Резултати от други проведени диагностични тестове:

| | |
|-------------------|-----------------|
| Изследване: _____ | Резултат: _____ |
| Изследване: _____ | Резултат: _____ |
| Изследване: _____ | Резултат: _____ |

Бележки и заключение на медицинския специалист относно медицинската годност на обследваното лице, вкл. причините в случай на наложени ограничения:

Meningitis m. a. bil.



Оценка на медицинската годност на лицето за работа на море

Въз основа на декларираното от лицето, извършения от мен клиничен преглед и резултатите от проведените диагностични изследвания, описани по горе, заявявам, че обследваното лице е:

годно да изпълнява за изпълнява задължения по наблюдение негодно да изпълнява за изпълнява задължения по наблюдение

| | палубна команда | машинна команда | корабна кухня | друго |
|---------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Годно | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Негодно | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Без Ограничения С ограничение Задължително използване на зрителни помощни средства ДА НЕ

Описание на ограниченията (напр. определена длъжност, вид кораб, район на плаване):

Дата на изтичане на валидността на медицинското свидетелство (ден/месец/година): 15.05.2020

Дата на издаване на медицинското свидетелство (ден/месец/година): 15.05.2018

Номер на медицинското свидетелство: 237

Подпис на медицинския специалист: _____ *Dr. Specialist Ivanov Ivanov MD*

Данни за медицинския специалист (име, разрешителен адрес): _____ *Internal Diseases*

_____ *Ministry of Health*

_____ *University Sofia*

ТРАНСПОРТЕН ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР БУЛГАСКООБЛАСТНОН РУСЕ

ул. „Славянска ” № 2 А



“СТЕДИ ПРЕВОДИ” ЕООД

11, Tsar Osvoboditel Blvd., 9000 Varna, Bulgaria
phone (359 52) 601 967, phone-fax (359 52) 605 648
steady@steady.bg, www.steady.bg

Translation from Bulgarian

*Appendix № 4
To Art. 14, Para 2*

Part B

THE REPUBLIC OF BULGARIA

| | |
|--|--|
| <i>MEDICAL INSTITUTION /name, telephone and fax/</i> | |
|--|--|

Ref. № 15.05.2018
date / month / year

SEAFARER MEDICAL FITNESS CERTIFICATE

№ 237

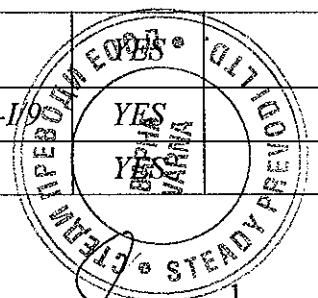
This Medical Certificate has been issued in accordance with the provisions of Regulation I/9 of the International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping, 1978, as amended and Regulation 1.2 of the Maritime Labour Convention, 2006.

| SEAFARER'S PERSONAL INFORMATION | | | |
|---|---|---|----------------------|
| <i>FAMILY NAME</i> | <i>FIRST NAME</i> | <i>MIDDLE NAME</i> | <i>GENDER: M / F</i> |
| BOLOV | KRASIMIR | VESELINOV | M |
| <i>DATE OF BIRTH /dd,mm,yyyy/</i> | <i>PLACE OF BIRTH /CITY, COUNTRY/</i> | <i>PASSPORT No/ DISCHARGE BOOK No</i> | <i>NATIONALITY</i> |
| 16.06.1968 | Varna | 6806160984 | Bulgarian |
| EXAMINATION FOR DUTY AS A: MATROSE | | | |

DECLARATION OF THE RECOGNIZED MEDICAL PRACTITIONER*

I hereby declare that:

| | |
|---|--|
| 1 | <i>The medical examination has been carried out in accordance with the ILO/IMO Guidelines on the Medical Examinations of Seafarers and the Ordinance on medical fitness requirements for seafarers in the Republic of Bulgaria</i> |
| 2 | <i>I have checked the seafarer's identification documents at the point of examination</i> |
| 3 | <i>The seafarer's hearing meets the standards in STCW Code, Section A-I/9</i> |
| 4 | <i>The seafarer's unaided hearing is satisfactory</i> |



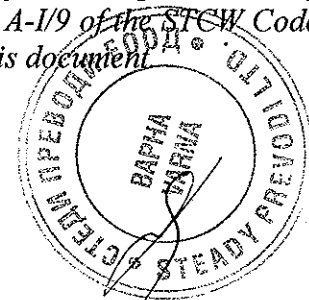
| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| 5 | The seafarer's vision acuity meets the standards in STCW Code, Section A-I/9 | YES | |
| 6 | The seafarer's colour vision meets the standards in STCW Code, Section A-I/9 | YES | |
| | Date of the last colour vision test (dd/mm/yyyy) | 15.05.2018 | |
| 7 | The seafarer is fit for lookout duties | YES | |
| 8 | The seafarer is free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board | YES | |
| Лицето е / The seafarer is | | | |
| 9 | <input type="checkbox"/> FIT FOR WORK III gr. It. 13 seafarer sailing in zone G | <input type="checkbox"/> FIT WITH RESTRICTIONS Reasons /justification/ _____ _____ Treatment _____ _____ | |
| | <input type="checkbox"/> NOT FIT | <input type="checkbox"/> NOT FIT UNTIL RESTRICTIONS LIFTED | |
| TO SERVE ON BOARD AS: <i>matrose</i> | | | |

| | | | |
|---|---------------------------|--|--|
| Date of Examination | 15.05.2018 | Expiry date of the Certificate | 15.05.2020 |
| Name and degree of the medical practitioner | Dr. R. Todoriva Internist | Signature of the Officially Authorized Medical Practitioner, stamp | Signature Affixed the stamp of Dipl. Specialist Rumyana Todorova MD, Internal Diseases, Ministry of Health Medical University - Sofia License No. 36047/06/06/1990 |

I hereby declare that I have been informed of the content of the Certificate and the right to get a review.

SEAFARER'S SIGNATURE: signed

Note: The medical practitioner recognized by the Bulgarian Maritime Administration to assess and certify the medical fitness of seafarers according to the provisions of Regulation I/9 of the Annex to the STCW Convention and Section A-I/9 of the STCW Code bears responsibility for the authenticity of the data presented in this document

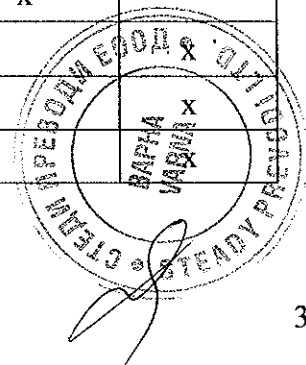


**MEDICAL EXAMINATION FORM FOR ASSESSING THE MEDICAL FITNESS OF
THE SEAFARER**

Full name: KRASIMIR VESELINIOV BOLOV
Date of birth: 16.06.1968
Home address: Flat 6, entr. 9, bl. 116, Mladost R.A., Varna
Identity document: Passport No. 500815580
Examination for duty as: Matrose
Type of ship: Container carrier, tanker
Region of sailing: River

DECLARATION FILED BY THE EXAMINED PERSON
(a medical specialist shall help the person to fill in this form)

| No. | HEALTH ISSUES | YES | NO |
|-----|--|-----|----|
| 1 | Eyesight impairment | | x |
| 2 | Hypertension | x | |
| 3 | Cardiac or cardiovascular disease | | x |
| 4 | Cardiac surgery performed | | x |
| 5 | Varicose veins or haemorrhoids | | x |
| 6 | Asthma/ Bronchitis | | x |
| 7 | Blood Disease | | x |
| 8 | Diabetes | | x |
| 9 | Thyroidal disease | | x |
| 10 | Digestive disorder | | x |
| 11 | Kidney disease | | x |
| 12 | Skin disorders | | x |
| 13 | Allergies | | x |
| 14 | Infectious and contagious diseases | | x |
| 15 | Hernia | | x |
| 16 | Genital diseases | | x |
| 17 | Pregnancy | | x |
| 18 | Sleep disorders | | x |
| 19 | Smoking, alcohol and drugs consumption | x | |
| 20 | Surgeries performed | | |
| 21 | Epilepsy/ seizures | | |
| 22 | Dizziness/ Fainting | | |



| | | | |
|----|--|--|---|
| 23 | Loss of conscientiousness | | X |
| 24 | Psychiatric diseases | | X |
| 25 | Depression | | X |
| 26 | Suicide attempt | | X |
| 27 | Memory loss | | X |
| 28 | Severe headache | | X |
| 29 | Otorhinolaryngology diseases (hearing, tinnitus) | | X |
| 30 | Reduced mobility | | X |
| 31 | Back and joint problems | | X |
| 32 | Amputation | | X |
| 33 | Fractures/ Dislocations | | X |

Please provide further information if you have replied YES to some of the above questions.

| No. | ADDITIONAL QUESTIONS | YES | NO |
|-----|--|-----|----|
| 34 | Did you leave the ship or have you been repatriated due to medical reasons? | | X |
| 35 | Have you been hospitalized? | | X |
| 36 | Have been assessed as unfit for work at sea? | | X |
| 37 | Has your medical certificate been with restrictions or has it been cancelled? | | X |
| 38 | Are you aware of any health issues, diseases or disorders you have? | X | |
| 39 | Do you feel healthy and fit to perform your duties required by the position you are going to occupy? | | X |
| 40 | Do you have allergies to any medicinal products? | | X |

| No. | ADDITIONAL QUESTIONS | YES | NO |
|-----|---|-----|----|
| 41 | Do you take any over-the-counter or prescription drugs? | X | |

Please provide details of the medicines you take and their dose:

Nebilet 1 t. d.

Healthy diet plan

I hereby certify that the declared information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of the examined person: *signed*

Witness: *signed*

Date (day, month, year): 15.05.2018

Name: *signed*



I hereby certify that I agree that Dr. R. Todorova shall have access to my medical documents, available to medical specialists, health institutions and state authorities.

Signature of the examined person: *signed*

Date (day, month, year): 15.05.2018

Witness: *signed*

Name: *signed*

MEDICAL EXAMINATION:

Visual acuity - Hypermetropia

Right eye 1.0

Left eye 0,9

Both eyes: 1.0

Visual fields:

Right eye: normal

Left eye: normal

Colour vision:

Normal

Hearing

| Pure tone and audiometry (limit values in decibels) | | | | | |
|---|--------|---------|---------|---------|---------|
| | 500 Hz | 1000 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz |
| Right ear | 15 | 15 | 20 | 30 | 45 |
| Left ear | 25 | 15 | 15 | 30 | 45 |

Speech and whisper-speech test (metres)

| | Speech | Whisper-speech |
|-----------|--------|----------------|
| Right ear | ≈ 8-9 | ≈ 4-5 |
| Left ear | ≈ 8-9 | ≈ 4-5 |

Clinical results:

Height: 177 cm

Weight: 86 kg

Pulse: 76

Heart rate: 76

Blood pressure: systolic 140 (mm Hg)

diastolic 80 (mm Hg)

Urine: Glucose: NEGATIVE

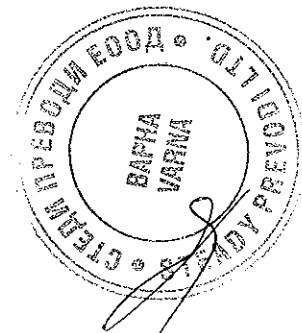
Albumin: NEGATIVE

Blood: Glucose = 6.2 mmol/l

Sed.: NORMAL

Ref. No. 248

Date: 15.05.2018



| | Normal | Disorders |
|--------------------------------------|---|-----------|
| Head | N | |
| Sinuses, nose, throat | N | |
| Oral cavity/ teeth | N | |
| Tympanic membrane | N | |
| Eyes | N | |
| Ophthalmoscopy | N | |
| Pupils | N | |
| Eye movements | N | |
| Lungs and chest | N | |
| Breasts | N | |
| Heart | N | |
| Skin | | |
| Varicose veins | N | |
| Vascular system | N | |
| Abdominal cavity and internal organs | N | |
| Hernia | N | |
| Anus (incl. rectal examination) | N | |
| Genitourinary system | N | |
| Upper and lower extremities | N | |
| Spine (cervix, thorax and lumbar) | N | |
| Neurological status (full) | N | |
| Psychiatric status | Psychiatric Health Centre -Ruse EOOD, outpatient No. 2421/14.05.2018 Treatment | |
| General condition | N | |

Affixed the official stamp of Dr. Stanimir Rusev, Otorhinolaryngologist. Signature

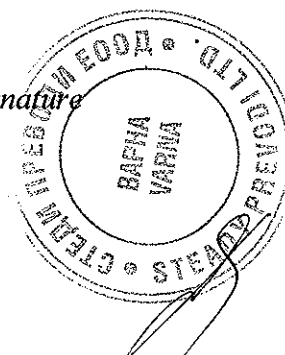
Affixed the official stamp of Dr. Rumyana Todorova, Internist and Occupational Medicine. Signature

Affixed the official stamp of Dr. Silviya Pancheva, Psychiatrist. Signature

Rö gr No. 573 dated 15.05.2018

CONCLUSION: FIT FOR WORK

Affixed the stamp of Dr. Stanimir Rusev, Otorhinolaryngologist. Signature



ASSESSMENT OF THE MEDICAL FITNESS OF THE SEAFARER

On the grounds of the information declared by the person, the medical examination performed by me and the diagnostic tests, I hereby declare that:

The aforementioned person is fit to perform the watch-keeping and deck-command obligations.

No restrictions

Compulsory visual aids: No

Date of validity of the medical certificate: 15.05.2020

Date of issue of the medical certificate: 15.05.2018

Number of medical certificate: 237

Signature of the medical specialist: *signed*

Details for the medical specialist: *Affixed the stamp of Dipl. Specialist Rumyana Todorova MD, Internal Diseases, Ministry of Health Medical University - Sofia, License No. 36047/06/06/1990*

Affixed the stamp of the Transport Diagnostic Consultative Center, Ruse

I, the undersigned Antoaneta Lyubenova Dimitrova certify the truthfulness of the translation made by me from Bulgarian into English of the document attached. The translation consists of 7 pages.

Translator: Antoaneta Lyubenova Dimitrova

