

SPECIALUNDERSÖKNING AV ÖGON

Fyll i denna sida fullständigt. Texta!- För detaljer se instruktioner.

Sweden

Upplysningar om sökanden

(1) Stat som ansökan gäller:	(2) Medicinskt intyg som söks: <input type="checkbox"/> Klass 1 <input type="checkbox"/> Klass 2 <input type="checkbox"/> Klass 3 <input type="checkbox"/> Annan	
(3) Efternamn:	(4) Tidigare efternamn:	(12) Ansökan: <input type="checkbox"/> Första utfärdande <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse
(5) Förnamn:	(6) Födelsedatum:	(7) Kön: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
(13) System referensnummer:		
(301) Medgivande att utlämna medicinska handlingar: Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till flygläkaren och den medicinske utvärderaren vid den certifikatutfärdandemyndigheten och jag godkänner att dessa dokument eller annan elektronisk lagrad information får användas som underlag för medicinsk bedömning och behållas av denna myndighet, förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till dem enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).		
Datum:	Sökandens underskrift:	Flygläkarens/specialistens underskrift:

(302) Undersökningskategori: <input type="checkbox"/> Första utfärdande <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse <input type="checkbox"/> Efter anmodan	(303) Sjukhistoria rörande ögonsjukdomar:
--	---

Klinisk undersökning: Fyll i varje moment		Normal	Onormal
(304) Ögonens yttre och ögonlock		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Ögonens ljusbryt. medier (spaltlampa, oftalmoskop)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Ögonens ställning och rörelser		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Synfält (konfrontation)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupillreflexer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Ögonbottnar (oftalmoskopi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Konvergens	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Ackomodation	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Ögonmuskelbalans (i prismadioptrier)	
Vid 5/6 meter	Mellan 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropier <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Forier <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Test av fusionsreserver <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	

(313) Färgsinne
Pseudo-isokromatiska tavlor Antal tavlor: Typ: Ishihara (24 tavlor) Antal fel:
Utvidgat färgsinne test indicerat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Metod:
<input type="checkbox"/> FärgSÄKER <input type="checkbox"/> ICKE Färgsäker

(321) Oftalmologiska anmärkningar och rekommendationer:

(322) Undersökarens utlåtande: Jag bekräftar att jag personligen har undersökt den sökande enligt detta undersökningsformulär och att detta utlåtande inklusive eventuella bilagor fullständigt och korrekt återger mina undersökningsresultat.
--

(323) Ort och datum:	Flygläkarens/specialistens namn och adress (textat):	Flygläkarens/specialistens stämpel:
Flygläkarens/specialistens underskrift:		
	E-POST: TELNR: FAXNR:	

Synskärpa: (314) Långt håll 5 - 6 m	utan korrektion	Glasögon	Kontaktlinser
Höger öga	Korrigerat till		
Vänster öga	Korrigerat till		
Binokulärt	Korrigerat till		

(315) Mellanavstånd 1 m	utan korrektion	Glasögon	Kontaktlinser
Höger öga	Korrigerat till		
Vänster öga	Korrigerat till		
Binokulärt	Korrigerat till		

(316) Nära håll 30-50 cm	utan korrektion	Glasögon	Kontaktlinser
Höger öga	Korrigerat till		
Vänster öga	Korrigerat till		
Binokulärt	Korrigerat till		

(317) Refraktion	Sfärisk	Cylinder	Axel	Nära (add)
Höger öga				
Vänster öga				
<input type="checkbox"/> Uppmätta värden <input type="checkbox"/> Glasögonrecept				

(318) Glasögon	(319) Kontaktlinser
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Typ:	Typ:

(320) Intraokulärt tryck	
Höger mmHg	Vänster mmHg
Metod:	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	