

Efternamn:		Förnamn:			Personbeteckning:	
(201) Undersökningstyp	(202) Längd	(203) Vikt	(204) Ögonfärg	(205) Hårfärg	(206) Blodtryck (sittande) Syst./Diast.	(207) Vilopuls Frekvens/Rytm
<input type="checkbox"/> Första <input type="checkbox"/> Förlängning / Förnyelse	cm	kg				

Klinisk undersökning: Fyll i varje moment	Normal	Onormal	Normal	Onormal
(208) Huvud, ansikte, hals, huvudsvål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Mage, bräckportar, lever, mjälte	<input type="checkbox"/>
(209) Mun, svalg, tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rektum	<input type="checkbox"/>
(210) Näsa, bihålor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Urinvägar och könsorgan	<input type="checkbox"/>
(211) Öron, trumhinnor och rörlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Endokrina organ	<input type="checkbox"/>
(212) Ögonen yttre, synfält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Extremiteter och leder	<input type="checkbox"/>
(213) Pupiller och ögonbottnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Rygggrad, övrigt muskuloskeletalt	<input type="checkbox"/>
(214) Ögonens ställning och rörelser; nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Nervsystem, reflexer	<input type="checkbox"/>
(215) Lungor, bröstorg, bröst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psyke	<input type="checkbox"/>
(216) Hjärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Hud, ärr, lymfkörtlar	<input type="checkbox"/>
(217) Perifera kärl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Allmäntillstånd	<input type="checkbox"/>

(228) **Anmärkningar:** Beskriv varje onormalt fynd och ange respektive nummer för varje anmärkning.

Synskärpa

(229) Långt håll 5m / 6m	Okorr.	glasögon	kontaktlinser
Höger öga			
Vänster öga			
Binokulärt			

(230) Mellanavstånd Kan läsa N14 på 100 cm	Utan korrektion		Med korrektion	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Höger öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) Nära håll Kan läsa N5 på 30-50	Utan korrektion		Med korrektion	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Höger öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binokulärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Glasögon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	(233) Kontaktlinser <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Typ:	Typ:			
Refraktion	Sf.	Cyl	Ax.	Nära (add)
Höger öga				
Vänster öga				

(313) Färgsinne Pseudo-isokromatiska tavlor	Typ (Ishihara):
Antal tavlor:	Antal fel:
<input type="checkbox"/> Färgsäker	<input type="checkbox"/> Icke färgsäker

(248) **Kommentarer, begränsningar, villkor:**

(249) Flygläkarens intygande:

Härmed intygas att jag / vår flygläkargrupp har undersökt ovan namngiven sökande och att detta utlåtande jämte eventuella bilagor fullständigt och korrekt innefattar mina undersökningsresultat.

(250) Ort och datum: _____ Undersökande läkarens namn and address: _____ Undersökande läkarens stämpel _____

Undersökande läkarens: _____ Tel. nummer: _____

E-post: _____

(234) Hörsel Konversation på 2m avstånd med ryggen mot undersökaren	Höger öra <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Vänster öra <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Tonaudiometri:

Hz	500	1000	2000	3000
Höger öra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vänster öra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(235) Urinprov	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Onormal	
Socker	Äggvita	Blod	Annat

(236) Lungfunktion FEV1/FVC _____ l/min	(237) Hemoglobin _____ g/l
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal

Kompletterande undersökningar	Ej utfört	Normal	Onormal
(238) EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Specialundersökning ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Specialundersökning öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Lungfunktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Annat (_____ st.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247) Flygläkarens utlåtande:

Uppfyller kraven, klass: _____

Medicinskt intyg utfärdat, klass: _____

(Uppfyller inte kraven, klass _____

Översänd för ytterligare bedömning (till vem och av vilken orsak?) _____