

FINLAND

Upplysningar om sökanden

KONFIDENTIELL

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--|----------------------------------|
| (1) Stat som utfärdar certifikatet: | | (2) Medicinskt intyg som söks | | Klass 1 <input type="checkbox"/> | Klass 3 <input type="checkbox"/> |
| | | | | Klass 2 <input type="checkbox"/> | Annat <input type="checkbox"/> |
| (3) Efternamn: | | (4) Tidigare efternamn: | | (12) Förstagångs Förlängning / Förnyelse <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | |
| (5) Förnamn: | | (6) Personbeteckning: | | (7) Kön | |
| | | | | Man <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Kvinna <input type="checkbox"/> | |
| (13) Certifikatnummer: | | | | | |
| <p>(301) Medgivande att utlämna medicinska handlingar: Jag samtycker till att föreliggande specialundersökningar inklusive eventuella bilagor får delges Trafiksäkerhetsverkets flygläkare och om så fordras även den flygmedicinska enheten, AMS vid annat lands luftfartsmyndighet samt att dessa handlingar eller elektroniskt lagrad information får användas som underlag för flygmedicinsk bedömning och att de är och förblir myndighetens egendom förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till dem enligt gällande författningar.</p> | | | | | |
| Datum: | | Sökandens underskrift: | | Undersökande läkarens underskrift | |

| | |
|---|---|
| (302) Undersökningskategori | (303) Sjukhistoria rörande ögonsjukdomar: |
| Utfärdande <input type="checkbox"/> | |
| Förnyelse/Förlängning <input type="checkbox"/> | |
| Specialund. med remiss <input type="checkbox"/> | |

Klinisk undersökning

| | | |
|--|--------|---------|
| Kryssa i relevant ruta. | Normal | Onormal |
| (304) Ögonens yttre och ögonlock | | |
| (305) Ögonens ljusbrytande medier (spaltlampa, oftalmoskopi) | | |
| (306) Ögonens ställning och rörelser | | |
| (307) Synfält (konfrontation) | | |
| (308) Pupillreflexer | | |
| (309) Ögonbottnar | | |
| (310) Konvergens | cm | |
| (311) Ackommodation | D | |

(312) Ögonmuskelbalans (i prismadioptrier)

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------|--|
| Vid 5/6 meter | | Mellan 30-50 cm | |
| Orto | | Orto | |
| Eso | | Eso | |
| Ekso | | Ekso | |
| Hyper | | Hyper | |
| Cyclo | | Cyclo | |
| Tropier | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Forier | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Test av fusionsreserver | Ej utförd <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal <input type="checkbox"/> | | |

(313) Färgsinne

| | |
|------------------------------------|--|
| Pseudo-isokromatiska tavlor | Typ: |
| Antal tavlor: | Antal fel: |
| Utvidgat färgsinnetest indicerat: | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Metod: | |
| Färgsäker <input type="checkbox"/> | Icke färgsäker <input type="checkbox"/> |

(321) 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 fynd och iakttagelser

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| (323) Ort och datum: | Undersökande läkarens namn och adress: | Undersökande läkarens stämpel och nummer: |
| Undersökande läkarens underskrift: | Telefonnummer: | |
| | E-post: | |

Synskärpa

| | | | |
|------------------------|--------|----------|---------------|
| (314) Långt håll 5-6 m | Okorr. | Glasögon | Kontaktlinser |
| Höger öga | | | |
| Vänster öga | | | |
| Binokulärt | | | |

| | | | |
|-------------------------|--------|----------|---------------|
| (315) Mellanavstånd 1 m | Okorr. | Glasögon | Kontaktlinser |
| Höger öga | | | |
| Vänster öga | | | |
| Binokulärt | | | |

| | | | |
|--------------------------|--------|----------|---------------|
| (316) Nära håll 30-50 cm | Okorr. | Glasögon | Kontaktlinser |
| Höger öga | | | |
| Vänster öga | | | |
| Binokulärt | | | |

| | | | | |
|--|---|------|-----|------------|
| (317) Refraktion | Sf. | Cyl. | Ax. | Nära (add) |
| Höger öga | | | | |
| Vänster öga | | | | |
| Uppmätta värden <input type="checkbox"/> | Glasögonrecept <input type="checkbox"/> | | | |

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

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