

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"/>