TRANSPORT STYRELSEN
Swedish Transport Agency

Swedish Civil Aviation Authority (SE-CAA)

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: ☐ Klass 1 ☐ Klass 2 ☐ Klass 3 ☐ Annan	
(3) Efternamn:	(4) Tidigare efternamn:	(12) Ansökan: ☐ Första utfärdande ☐ Förlängning/Förnyelse
(5) Förnamn:	(6) Födelsedatum: / (7) Kön: ☐ Man ☐ Kvinna	(13) Referensnummer:

(301) Medgivande att utlämna medicinska handlingar:

Härmed försäkrar jag att jag har informerats om och förstår att samtliga uppgifter som jag lämnar till min flygläkare och som finns i denna rapport samt eventuella bilagor, får lämnas ut till den medicinska bedömaren hos min certifikatutfärdande myndighet samt till den medicinska bedömaren hos den behöriga myndigheten för min flygläkare. Jag är medveten om att dessa handlingar eller elektroniskt lagrade uppgifter ska användas för att slutföra en flygmedicinsk bedömning och för tillsynsändamål, med förbehållet att jag själv eller min läkare har rätt att få tillgång till dem i enlighet med nationell lagstiftning.

Datum: Sökandens underskrift:

(302) Undersökningskategori:	(303) Sjukhistoria rörande ögonsjukdomar:
☐ Första utfärdande ☐ Förlängning ☐ Förnyelse ☐ Efter anmodan	

Klinisk undersökning:

Fyll i varje moment		Normal	Onormal
(304) Ögonens yttre och ögonlock		☐	☐
(305) Ögonens ljusbryt. medier (spaltlampa,oftalmoskop)		☐	☐
(306) Ögonens ställning och rörelser		☐	☐
(307) Synfält (konfrontation)		☐	☐
(308) Pupillreflexer		☐	☐
(309) Ögonbottnar (oftalmoskopi)		☐	☐
(310) Konvergens	**cm**	☐	☐
(311) Ackomodation	**D**	☐	☐

(312) Ögonmuskelbalans (i prismadioptrier)

Vid 5/6 meter	Mellan 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropier ☐ Ja ☐ Nej	Forier ☐ Ja ☐ Nej
Test av fusionsreserver ☐ Ej utförd	☐ Normal ☐ Onormal

(313) Färgsinne

Pseudo-isokromatiska tavlor Antal tavlor:	Typ: Antal fel:
Utvidgat färgsinnestest indicerat Metod:	☐ Ja ☐ Nej
☐ FärgSÄKER ☐ ICKE Färgsäker För flygledare : Normal trikromat	☐ Ja ☐ Nej

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				

☐ Uppmätta värden ☐ Glasögonrecept

(318) Glasögon

☐ Ja ☐ Nej
Typ:

(319) Kontaktlinser

☐ Ja ☐ Nej
Typ:

(320) Intraokulärt tryck

Höger	mmHg	Vänster	mmHg

Metod:
☐ Normal ☐ Onormal

(321) Oftalmologiska anmärkningar:

(322) Undersökarens utlåtande:

Jag intygar härmed att jag personligen har undersökt eller bedömt ögonspecialistens undersökningsrapport för den sökande som namnges i denna läkarundersökningsrapport och att denna rapport med eventuella bilagor återger resultaten fullständigt och korrekt.

(323) Ort och datum:	Nnamn och adress (textat):	Flygläkarens/specialistens stämpel:
Flygläkarens/specialistens underskrift:		