

**Upplysningar om sökanden. Fyll i denna sida fullständigt och med VERSALER - för detaljer se instruktioner**

1. Stat som utfärdat certifikatet		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"/> Förstagångs <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse
5. Förnamn		6. Födelsedatum	7. Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
		13. Personnummer	

301. **Medgivande att utlämna medicinska handlingar.** Jag samtycker till att föreliggande specialundersökningar inklusive eventuella bilagor får delges Transportstyrelsens flygöverläkare och om så fordras även den flygmedicinska enheten 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 den enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av sekretesslagen (1980:100).

Datum \_\_\_\_\_ Sökandens underskrift \_\_\_\_\_ Flygläkarens/specialistens underskrift \_\_\_\_\_

302. Undersökningskategori <input type="checkbox"/> Utfärdande <input type="checkbox"/> Förnyelse/Förlängning <input type="checkbox"/> Efter anmodan	303. Sjukhistoria rörande ögonsjukdomar
---	---

**Klinisk undersökning**

Fyll i varje moment

	Normal	Onormal
304. Ögonens yttre och ögonlock		
305. Ögonens ljusbrytande medier (spaltlampa, oftalmoskop)		
306. Ögonens ställning och rörelser		
307. Synfält (konfrontation)		
308. Pupillreflexer		
309. Ögonbottnar		
310. Konvergens cm		
311. Ackommodation D		

**312. Ögonmuskelbalans (i prismadioptrier)**

Vid 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 Typ:

Antal tavlor	Antal fel
Utvidgat färgsinnestest indicerat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Metod:	
<input type="checkbox"/> FärgSÅKER <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 fynd och iakttagelser.

323. Ort och datum	Flygläkarens/specialistens namn och adress	Flygläkarens/specialistens stämpel
Flygläkarens/specialistens underskrift	Telefonnr	
	Telefaxnr	

**Synskärpa**
**314. Långt håll** 5 - 6 m *Glasögon, Kont.lins*

Hö öga	okorr.	Korrigerat till	
Vä öga	okorr.	Korrigerat till	
Binokulärt	okorr.	Korrigerat till	

**315. Mellanavstånd** 1 m *Glasögon, Kont.lins*

Hö öga	okorr.	Korrigerat till	
Vä öga	okorr.	Korrigerat till	
Binokulärt	okorr.	Korrigerat till	

**316. Nära håll** 30 - 50 cm *Glasögon, Kont.lins*

Hö öga	okorr.	Korrigerat till	
Vä öga	okorr.	Korrigerat till	
Binokulärt	okorr.	Korrigerat till	

**317. Refraktion** Sfärisk Cylinder Axel Nära (add)

Hö öga				
Vä öga				

Angiven refraktion är baserad på

 Uppmätta värden  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**

Hö (mm-Hg)	Vä (mm-Hg)
Metod	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	