

SPECIALUNDERSÖKNING AV ÖRON, NÄSA OCH HALSORGAN

Fyll i denna sida fullständigt. Texta!- För detaljer se instruktioner.

Sweden

Upplysningar om sökanden

(1) Stat som ansökan gäller:	(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"/> Första utfärdande <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse
(5) Förnamn:	(6) Födelsedatum:	(7) Kön: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
(13) System referensnummer:		
(401) Medgivande att utlämna medicinska handlingar: Jag godkänner härmed att alla uppgifter i denna ansökan och läkarintyg inklusive bilagor får lämnas ut till flygläkaren och den medicinske utvärderaren vid den certifikatutfärdandemyndigheten och jag godkänner att dessa dokument eller annan elektronisk lagrad information får användas som underlag för medicinsk bedömning och behållas av denna myndighet, förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till dem enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).		
Datum:	Sökandens underskrift:	Flygläkarens/specialistens underskrift:

(402) Undersökningskategori: <input type="checkbox"/> Första utfärdande <input type="checkbox"/> Efter anmodan	(403) Sjukhistoria rörande öron, näsa och halsorgan:
--	--

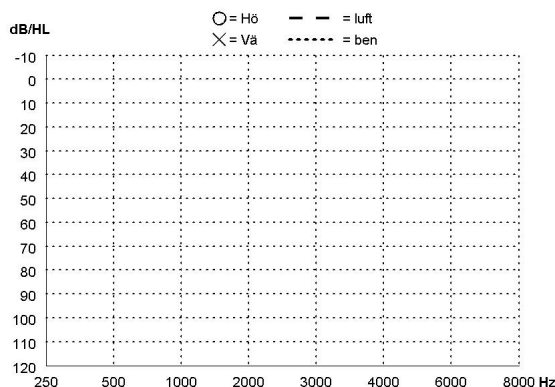
Klinisk undersökning	Normal	Onormal
Fyll i varje moment		
(404) Huvud, ansikte och hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Munhåla, tänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Farynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Näspassage och naso-farynx inkl främre rhinoskopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Vestibularissystemet inkl. Romberg test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Tal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Bihålor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Hörselgångar och trumhinnor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatisk otoskopi (om indicerat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedanstypanometri inkl. valsvalva (endast vid första utfärdande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tilläggsundersökningar (om indicerat)	Ej utförd	Normal	Onormal
(414) Talaudiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Bakre rhinoskopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG; Spontan- och lägesnystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Kalarisk test eller vestibularisautorotationstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Spegel- eller fiberlaryngoskopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Tonaudiometri

Hz	dB HL (hörskel)			
	luft		ben	
	Hö öra	Vä öra	Hö öra	Vä öra
250				
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

(420) Audiogram



(421) Otorhinolaryngologiska anmärkningar och rekommendationer:

(422) 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 undersökningsresultat.		
(423) Ort och datum:	Flygläkarens/specialistens namn och adress (textat):	Flygläkarens/specialistens stämpel:
Flygläkarens/specialistens underskrift:		
	E-POST: TELNR: FAXNR:	