

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z BADANIA OKULISTYCZNEGO**

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania.

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Dane kandydata:

(1) Państwo, w którym składany jest wniosek:	(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie:	klasa 1 ☐ klasa 2 ☐ Inne ☐
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):	(12) Wniosek: Wstępny ☐ Przedłużenie/Wznowienie ☐
(5) Imię/imiona:	(6) Data urodzenia:	(7) Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐
(13) Numer referencyjny:		
(301) Zgoda na udostępnienie informacji medycznej: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania uznając iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia oceny medycznej oraz będą stanowić własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.		

Data	Podpis kandydata	Podpis AME

(302) Kategoria badania:	(303) Wywiad okulistyczny:
Wstępne ☐ Przedłużenie ☐ Wznowienie ☐ Specjalne odesłanie ☐	

Badanie kliniczne	
Sprawdzić każdy punkt	
	Prawidłowe Nieprawidłowe
(304) Oczy, przydatki oka i powieki	
(305) Oczy (lampa szczelinowa, oftalmoskopia)	
(306) Pozycja i ruchy oczu	
(307) Pola widzenia (konfrontacja)	
(308) Odruchy źrenic	
(309) Dno oka (oftalmoskopia)	
(310) Konwergencja cm	
(311) Akomodacja D	

(312) Równowaga mięśni gałki ocznej (w dioptriach pryzmatycznych)	
Z odległości 5m/6m	Z odległości 30-50 cm
Orto	Orto
Ezo	Ezo
Egzo	Egzo
Hyper	Hyper
Cyklo	Cyklo
Tropia	Tak Nie Foria Tak Nie
Badanie możliwości fuzji	Nie wykonano Prawidłowe Nieprawidłowe

(313) Widzenie barw	
Płytki pseudoisochromatyczne	Typ: Ishihara (24 płytki)
Ilość płytek:	Ilość błędów:
Zaawansowane badanie widzenia barw ze wskazań: Tak Nie	
Metoda:	
Zdolność rozróżniania kolorów 'colour safe'	Brak zdolności rozróżniania kolorów 'colour unsafe'

Ostrość widzenia	
(314) Widzenie dali - z 5m/6m	
Bez korekcji	Okulary Soczewki kontaktowe
Prawe oko	Z korekcją
Lewe oko	Z korekcją
Prawe i lewe oko	Z korekcją

(315) Widzenie pośrednie - z 1m	
Bez korekcji	Okulary Soczewki kontaktowe
Prawe oko	Z korekcją
Lewe oko	Z korekcją
Prawe i lewe oko	Z korekcją

(316) Widzenie bliży - z 30-50cm	
Bez korekcji	Okulary Soczewki kontaktowe
Prawe oko	Z korekcją
Lewe oko	Z korekcją
Prawe i lewe oko	Z korekcją

(317) Refrakcja	Sferyczne	Cylindryczne	Osiowe	Dodatkowe
Prawe oko				
Lewe oko				
Badana wada refrakcji		Przepisane okulary		

(318) Okulary	(319) Soczewki kontaktowe
Tak ☐ Nie ☐	Tak ☐ Nie ☐
Rodzaj:	Rodzaj:

(320) Cisnienie wewnątrzgałkowe	
Prawe (mmHg)	Lewe (mmHg)
Metoda	
Prawidłowe ☐	Nieprawidłowe ☐

(321) **Uwagi i zalecenia okulistyczne:**

--

(322) **Oświadczenie lekarza:**

Niniejszym oświadczam, iż ja/moja grupa AME osobiście przeprowadziłem(-a) badania kandydata o nazwisku podanym w sprawozdaniu z badania lekarskiego oraz że niniejsze sprawozdanie wraz z jakimkolwiek załącznikiem odzwierciedla stwierdzone wnioski w sposób wyczerpujący i poprawny.		
(323) Miejsce i data:	Imię i nazwisko lekarza okulisty oraz adres: (drukowanymi literami)	Pieczęć AME lub specjalisty z numerem:
Podpis AME:	E-mail: Numer telefonu: Numer faksu:	