

**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 <input type="checkbox"/> klasa 2 <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):	(12) Wniosek: Wstępny <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>	
(5) Imię/imiona:	(6) Data urodzenia:	(7) Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>	(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 <input type="checkbox"/> Przedłużenie <input type="checkbox"/> Wznowienie <input type="checkbox"/> Specjalne odesianie <input type="checkbox"/>	

Badanie kliniczne	Prawidłowe	Nieprawidłowe
Sprawdzić każdy punkt		
(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		

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

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

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

(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	Foria		
Tak	Tak		
Nie	Nie		
Badanie możliwości fuzji	Nie wykonano	Prawidłowe	Nieprawidłowe

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

(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'

(318) Okulary	(319) Soczewki kontaktowe
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Rodzaj:	Rodzaj:

(320) Ciśnienie wewnątrzgałkowe	
Prawe (mmHg)	Lewe (mmHg)
Metoda	
Prawidłowe <input type="checkbox"/>	Nieprawidłowe <input type="checkbox"/>

(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:	