



OOGHEELKUNDIG ONDERZOEKSRAPPORT

Vul deze bladzijde geheel en in blokletters in - Raadpleeg de instructiepagina's voor de details.

Medisch Geheim

(1) JAA-staat die het bewijs van bevoegdheid afgeeft:	(2) Aangevraagde klasse van de medische verklaring:	<input type="checkbox"/> 1e	<input type="checkbox"/> 2e	<input type="checkbox"/> 3e	<input type="checkbox"/> 4e	<input type="checkbox"/> Andere
(3) Achternaam:	(4) Eerdere achternaam (-namen):	(12) Aanvraag: <input type="checkbox"/> Eerste <input type="checkbox"/> Hernieuwde afgifte / verlenging				
(5) Voornamen:	(6) Geboortedatum:	(7) Geslacht <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	(13) Correspondentienummer:			
(301) Toestemming voor het overdragen van medische inlichtingen: Hierbij machtig ik de overdracht van alle in dit rapport vervatte informatie en enige of alle bijlagen aan de erkende geneeskundige, het bevoegd gezag en waar nodig de vliegmedische afdeling van een andere staat, erkennend dat deze documenten of alle andere elektronisch opgeslagen gegevens zullen worden gebruikt ter completering van een medische beoordeling en het eigendom van het bevoegd gezag zullen worden en blijven, op voorwaarde dat ik of mijn arts volgens nationale wet- en regelgeving het toegangsrecht bezit. Het medisch beroepsgeheim zal te allen tijde worden gerespecteerd.						
Datum: _____ Handtekening van de kandidaat: _____ Handtekening van de keuringsarts (getuige) _____						

(302) Onderzoekscategorie: <input type="checkbox"/> Eerste <input type="checkbox"/> Revalidation <input type="checkbox"/> Hernieuwde afgifte/verlenging <input type="checkbox"/> Bijzondere verwijzing	(303) Oogheelkundige anamnese:
--	--------------------------------

Controleer elk onderdeel	Normaal	Abnormaal
(304) Ogen, uiterlijk & oogleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Ogen, uitwendig (spleet lamp, oogh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Oogstand en bewegingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Gezichtsvelden (confrontatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupilreflexen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fundi (Oogspiegeling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accomodatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Oogspierbalans (in prisma-dioptriën)	
In de verte op 5-6 meter	Dichtbij op 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropieën <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Forieën <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Fusiebreedtetest <input type="checkbox"/> Niet <input type="checkbox"/> Normaal <input type="checkbox"/> Abnormaal	

(313) Kleurwaarneming
Pseudo-isochromatische platen Type: _____ Aantal platen: _____ Aantal fouten: _____
Uitgebreid testen van kleurwaarneming gindiceerd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Methode: <input type="checkbox"/> KleurVEILIG <input type="checkbox"/> KleurONVEILIG

(321) Oogheelkundige opmerkingen en aanbeveling:

(322) Verklaring van de keuringsarts: Hierbij verklaar ik dat ik / mijn AME-groep de op dit medisch onderzoeksrapport genoemde kandidaat persoonlijk heb / heeft onderzocht en dat mijn / hun bevindingen volledig en correct in dit rapport met alle bijlagen zijn opgenomen.

(323) Plaats en datum:	Naam en adres van de oogheelkundig keuringsarts: (Blokletters)	AME- of specialistenstempel met nummer:
Handtekening van de erkende geneeskundige:		

Gezichtsscherpte			
(314) Gezichtsscherpte op grote afstand (op 5-6 m)			
	Uncorrected	Bril	Contactlenzen
Rechter oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linker oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beide ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(315) Gezichtsscherpte op middelrange afstand (op 1 m)			
	Uncorrected	Bril	Contactlenzen
Rechter oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linker oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beide ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(316) gezichtsscherpte op de korte afstand (op 30-50)			
	Uncorrected	Bril	Contactlenzen
Rechter oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linker oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beide ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(317) refractie	<input type="checkbox"/> Sferisch	<input type="checkbox"/> Cilindrisch	<input type="checkbox"/> As	<input type="checkbox"/> Dichtbij (add.)
Rechter oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linker oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Actuele refractie onderzocht <input type="checkbox"/> Bril op voorschrift				

(318) Bril	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	(319) Contactlenzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Type:		Type:	

(320) Intraoculaire drukken
Rechts <input type="checkbox"/> mm Hg Links <input type="checkbox"/> mm Hg
Methode <input type="checkbox"/> Normaal <input type="checkbox"/> Abnormaal