

Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz – Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız.

Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar :

Tıbbi Standart Evrak No: 162

TIBBİ GİZLİ EVRAK

(1) Başvurulan JAA Üyesi Devlet :	(2) Başvurulan sağlık sertifika sınıfı :	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
(3) Soyadı :	(4) Önceki soyad(lar)ı :	(12) Başvuru :	İlk <input type="checkbox"/>	
(5) Adı :	(6) Doğum Tarihi :	(7) Cinsiyet :	Yenileme/Yeniden değerlendirme <input type="checkbox"/>	
(8) Doğum yeri ve ülkesi :	(9) Uyuşuğu :	(13) Sağlık Sertifika No :		
(14) İstenen lisansın tipi :				

(301) **Tıbbi bilginin açıklanmasının kabul edilmesi:** Bu raporda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin Yetkili Uçuş Tabibine, Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü Havacılık Tıp Bölümüne ve gerektiğinde diğer JAA Üyesi Ülkelerin Havacılık Tıp Bölümlerine verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin sağlık muayenesinin tamamlanması için kullanılacağını anlayarak, ve bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum. Tıbbi Gizliliğe daima uyulacaktır.

Tarih:/...../..... Başvuranın imzası: Oftalmoloji uzmanının imzası (tanık):

(302) Muayene Kategorisi :	(303) Oftalmolojik anamnez :
İlk <input type="checkbox"/>	
Genişletilmiş <input type="checkbox"/>	
Yenil/Yen. Değ. <input type="checkbox"/>	
Özel Başvuru <input type="checkbox"/>	

Klinik muayene :

Her maddeyi işaretleyiniz	Normal	Anormal
(304) Gözler, göz kapakları, v.s.		
(305) Gözler, (kesit lamba, oft.)		
(306) Göz pozisyonu ve hareketleri		
(307) Görme alanları (karşılıklı)		
(308) Pupil refleksleri		
(309) Gözdibi (Oftalmoskopi)		
(310) Konverjans	cm	
(311) Akomodasyon	D	

(312) **Oküler kas dengesi** (prizmatik diyoptri) :

Uzak, 5/6 metre	Yakın, 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hiper	Hiper
Siklo	Siklo
Tropi Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Fori Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Füzyon rezerv testi Yapılmadı <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(313) **Renk algılama:**

Psödo-İzokromatik plaklar Tip :

Plak sayısı: Hata sayısı:

İleri renk algılama testleri gerekiyor mu ? Evet Hayır

Metod :

Renk algılama EMİN

Renk algılama EMİN DEĞİL

(321) **Oftalmolojik Yorumlar ve Tavsiyeler :**

Raporun tamamlandığı tarih :

(322) **Oftalmoloji Uzmanının Beyanı:**

Ben/AME grubumun bu muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımın tamamının doğru olduğunu beyan ederim.

(323) Yer ve tarih:	Oft. Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük Harflerle)	Oft. Uzmanının Kaşesi, Dip. No ve Mühür
İSTANBUL FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ		
Yetkili Oftalmoloji Uzmanının İmzası:		

Görme keskinliği :

(314) Uzak görüş, 5 m/6 m'de :	Gözlük	Kontakt lens
Düzeltilmesiz		
Sağ Göz	Düzeltilme	
Sol Göz	Düzeltilme	
Her iki göz	Düzeltilme	
(315) Orta mesafe görüş, 1 m'de :	Gözlük	Kontakt lens
Düzeltilmesiz		
Sağ Göz	Düzeltilme	
Sol Göz	Düzeltilme	
Her iki göz	Düzeltilme	
(316) Yakın görüş, 30-50 cm'de :	Gözlük	Kontakt lens
Düzeltilmesiz		
Sağ Göz	Düzeltilme	
Sol Göz	Düzeltilme	
Her iki göz	Düzeltilme	

(317) Refraksiyon:	Küresel	Silindirik	Eksen	Yakın(ila.)
Sağ Göz				
Sol Göz				
Muayene edilen gerçek refraksiyon <input type="checkbox"/>	Gözlük reçetesinin dayandığı <input type="checkbox"/>			

(318) Gözlük:	(319) Kontakt lens:
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Tip :	Tip :

(320) Göz içi basıncı:	
Sağ (mm Hg)	Sol (mm Hg)
Yöntem:	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>