

PROTOKOLL JÄMTE UTLÅTANDE ÖVER ALLMÄN LÄKARUNDERSÖKNING

201. Undersökningar <input type="checkbox"/> Första <input checked="" type="checkbox"/> Förnyelse/ Förlängning <input type="checkbox"/> Special	202. Längd 178 cm	203. Vikt 80 kg	204. Ögonfärg Blå	205. Hårfärg Blond	206. Blodtryck/sittande Systoliskt 140 Diastoliskt 85	207. Vilopuls Frekvens 71 Rytm regl
---	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---	---

Klinisk undersökning		Normalt	Anm	Normalt	Anm
208. Huvud, ansikte och hals		X		218. Buk, bräckportar	X
209. Mun, svalg, tänder		X		219. Anus, rektum	X
210. Näsa, bihålor		X		220. Urinvägar och könsorgan	X
211. Öron, trumhinnor och rörlighet		X		221. Endokrina organ	X
212. Ögonen yttre, synfält		X		222. Extremiteter och leder	X
213. Pupiller och ögonbotten		X		223. Rygggrad, övrigt muskuloskeletalt	X
214. Ögonens ställning och rörelser		X		224. Nervstatus grovt provat, reflexer	X
215. Lungor, bröstorg, bröst		X		225. Psyke	X
216. Hjärta		X		226. Hud, ärr, lymfkörtlar	X
217. Perifera kärl		X		227. Allmänt kroppsligt	X
228. Anmärkningar (beskriv varje onormalt fynd och ange respektive nummer för varje anmärkning)					

Synskärpa Kontakt-
229. Långt håll 5 eller 6 meter Glasögon lins

Hö öga	okorr.	1.0	med korrektion		
Vä öga	okorr.	1.0	med korrektion		
Binokulärt	okorr.	1.0	med korrektion		

230. Mellanavstånd Utan korrektion Med korrektion

Kan läsa N14 på 100 cm	Ja	Nej	Ja	Nej
Hö öga	X			
Vä öga	X			
Binokulärt	X			

231. Nära håll Utan korrektion Med korrektion

Kan läsa N5 på 30-50 cm	Ja	Nej	Ja	Nej
Hö öga			X	
Vä öga			X	
Binokulärt			X	

232. Glasögon 233. Kontaktlinser

Ja Nej **Läsglas** Ja Nej

Typ: _____ Typ: _____

Refraktion	Sfärisk	Cylinder	Axel	Nära (add)
Hö öga	Kan ersättas av bif.			
Vä öga	optiker-intyg			

246. Färgsinne

Pseudo-isokromatiska tavlor Typ: _____

Antal tavlor: _____ Antal fel: _____

234. Hörsel (när 241 ej utförts)

Konversation på 2 m avstånd med ryggen mot undersökaren	Hö öra	Vä öra
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Nej

Audiogram

Hz	500	1000	2000	3000
Höger				
Vänster				

249. Flygläkarens intygande:

Härmed intygas att jag/vår flygläkargrupp personligen har undersökt ovan namngiven sökande och att detta utlåtande jämte eventuella bilagor fullständigt och korrekt innefattar mina undersökningsresultat.

250. Undersökningsdatum: 4/2-2009	Flygläkarens namn och adress Stämpel leg. läk	Flygläkarens stämpel inkl. nummer
---	---	---

Beslutsdatum	Exp.-datum	Beslut	Sign	Avgift
--------------	------------	--------	------	--------

236. Lungfunktion 237. Hemoglobin

Peak Expiratory Flow l/min g/dl

Normal Anm Normal Anm

235. Urinprov Normalt Anmärkning

Socker **0** Äggvita **0** Blod **0** Annat

Kompletterande undersökningar Ej utfört Normalt Anm

238. EKG		X	
239. Audiogram			
240. Specialundersökning ögon			
241. Specialundersökning ÖNH			
242. Röntgen hjärta/lungor			
243. Blodfetter			
244. Lungfunktioner			
245. EEG			
Annat (bilaga _____)			

247. Flygläkarens bedömning/rekommendation

Sökandes namn: **Kalle Flygare** Födelsedatum: **5/2-1936**

Godkänd klass **2**

Medicinskt intyg utfärdat av undertecknad (kopia bifogas) klass _____

Ej godkänd klass _____ (JAR-FCL _____)

Översänd för ytterligare bedömning. Om så är fallet, till vem och av vilken orsak _____

248. Kommentarer, begränsningar, villkor

Sverige