



OOGHEELKUNDIG ONDERZOEKSRAPPORT

Medisch Geheim

| | | |
|---|--|---|
| (1) EASA-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 (ATC) <input type="checkbox"/> 4 | |
| (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) EMPIC referentienummer: | | |
| (301) Toestemming voor het overdragen van medische inlichtingen: Ik verleen toelating tot het mededelen aan de SLG van al de gegevens uit dit verslag met al de bijlagen en indien nodig aan de SLG van een andere staat, hiermee erkennend dat deze bescheiden en de elektronisch opgeslagen gegevens moeten dien om een geneeskundige expertise uit te voeren, en dat zij eigendom zullen worden en blijven van de SLG, onder de voorwaarde dat ikzelf of mijn geneesheer er inzage mogen van krijgen, conform het nationaal recht. Het medisch geheim zal steeds geëerbiedigd worden. | | |
| Datum: _____ Handtekening van de kandidaat: _____ Handtekening van de keuringsarts (getuige) _____ | | |

| | |
|---|--------------------------------|
| (302) Onderzoekscategorie: <input type="checkbox"/> Eerste <input type="checkbox"/> Revalidatie <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-dioptrieën)

| 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)

| | Ongecorrigeerd | 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 middellange afstand (op 1 m)

| | Ongecorrigeerd | 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 korte afstand (30-50 cm)

| | Ongecorrigeerd | 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

| | Sferisch | Cylindrisch | As | 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

Ja Nee

Type: _____

(319) Contactlenzen

Ja Nee

Type: _____

(320) Intraoculaire drukken

| | | | |
|---|-------|-------|-------|
| Rechts | mm Hg | Links | mm Hg |
| Methode | | | |
| <input type="checkbox"/> Normaal <input type="checkbox"/> Abnormaal | | | |