

LÆGEERKLÆRING Generel flyvemedicinsk undersøgelse

DADL ATTEST 03.12.11.01 – TCL

| (201) Undersøgelse kategori | (202) Højde | (203) Vægt | (204) Øjenfarve | (205) Hårfarve | (206) Blodtryk siddende mmHg | | (207) Hvilepuls | |
|---------------------------------------------------|-------------|------------|-----------------|----------------|------------------------------|-----------|-----------------|------------------------------------|
| Første gang Fornylelse Udvidet Henvielse | cm | kg | | | Systolisk | Diatolisk | Frekvens | Rytme Regelm.: Uregelm.: |
| | BMI | | | | | | | |

Klinisk undersøgelse: Sæt X ved alle Normal Kontrol Normal Kontrol

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------|--|--|
| (208) Hoved, ansigt, hals, kranium | | | (218) Abdomen, hernier, lever, milt | | |
| (209) Mund, svælg, tænder | | | (219) Anus, rektum | | |
| (210) Næse, bihuler | | | (220) Urogenitalia | | |
| (211) Ører, trommehinder, trommehindebevægelighed | | | (221) Endokrine organer | | |
| (212) Øjne, ydre omgivelser, synsfelt | | | (222) Ekstremiteter og led | | |
| (213) Øjne, pupiller og øjenbaggrund | | | (223) Columna, muskler og sener | | |
| (214) Øjne, øjenbevægelser, nystagmus | | | (224) Neurologi, reflekser mv. | | |
| (215) Lunger, brystkasse, mammae | | | (225) Psyke | | |
| (216) Hjerte | | | (226) Hud, evt. ar, kendetegn, lymfeknuder | | |
| (217) Kredsløb | | | (227) Generelt | | |

(228) **Bemærkning:** Beskrivelse af alle unormale fund, angiv tilhørende nr. foran hver kommentar

Synsstyrke

(229) Afstandssyn 5/6 m Brillor Kontaktlinser

| | Korrigeret til | Brillor | Kontaktlinser |
|-------------|----------------|---------|---------------|
| Højre øje | | | |
| Venstre øje | | | |
| Begge øjne | | | |

(230) Syn mellemafstand

Ukorrigeret Korrigeret

| N14 ved 100 cm | Ja | Nej | Ja | Nej |
|----------------|----|-----|----|-----|
| Højre øje | | | | |
| Venstre øje | | | | |
| Begge øjne | | | | |

(231) Nærsyn

Ukorrigeret Korrigeret

| N5 ved 30-50 cm | Ja | Nej | Ja | Nej |
|-----------------|----|-----|----|-----|
| Højre øje | | | | |
| Venstre øje | | | | |
| Begge øjne | | | | |

(232) Brillor

(233) Kontaktlinser

| Ja | Nej | Ja | Nej |
|-------|-----|-------|-----|
| Type: | | Type: | |

Refraktion Sph Cyl Axis Add

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| Højre øje | | | | |
| Venstre øje | | | | |

(313) Farvesans

Normal Unormal

| | |
|------------------------------|-------------|
| Pseudo-isochromatiske tavler | Type: |
| Antal tavler: | Antal fejl: |

(234) Hørelse

Højre øre Venstre øre

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|
| Talestemme høres på 2 meters afstand med ryggen mod lægen | Ja | Nej | Ja | Nej |
|-----------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|

Audiometry

| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 |
|-------------|-----|------|------|------|
| Højre øre | | | | |
| Venstre øre | | | | |

(249) Flyvelægens erklæring

Jeg bekræfter at ansøgeren er personlig undersøgt af mig/vores gruppe og at fund og symptomer er noteret i overensstemmelse hermed i erklæringen.

| | | |
|---------------------|----------------------------------|----------------|
| (250) Sted og dato: | Godkendt flyvelæges underskrift: | Forbeholdt AME |
|---------------------|----------------------------------|----------------|

Blanketten indsendes til:

(236) Lungefunktion

(237) Hæmoglobin

| FEV1 / FVC | l/min | Mmol/l |
|------------|---------|---------|
| Normal | Unormal | Normal |
| | | Unormal |

(235) Urinanalyse

Glukose Protein Normalt Blod Unormalt Andet

Vedlagte dokumenter Normal Kontrol Ikke udført

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| (238) EKG | | | |
| (239) Audiogram | | | |
| (240) Ophthalmologisk undersøgelse | | | |
| (241) Otorhino-laryngologisk us. | | | |
| (243) Blodlipider | | | |
| (244) Lungefunktion | | | |
| (245) EEG | | | |
| Andet | | | |

(247) Flyvelægens anbefalinger

| | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Ansøgerens navn: | Fødselsdag: |
| Opfylder klasse: | Helbreds-godkendelse udfærdiget til klasse: |
| Opfylder ikke krav til klasse: | (JAR-FCL para.) |
| Henvist til videre undersøgelse? Nej Ja | Hvis ja, til hvem og hvorfor? |

Underskrivning og Indsendelse

Hvis Flyvelægen har digital signatur kan blanketten signeres digitalt og indsendes vedhæftet en email.

Flyvelægen

Dato

Digital signatur

Blanketten skal efter udfyldelse og signering indsendes som et digitalt dokument vedhæftet en email til adressen info@tbst.dk. Klik på SEND-knappen nedenfor, hvorefter der automatisk åbnes en email, hvor den udfyldte og signerede blanket er vedhæftet, og adresse- og emnefeltet er udfyldt.

Hvis Flyvelægen ikke har digital signatur skal blanketten underskrives i hånden. Udskriv og underskriv blanketten efter udflydning. Scan og indsend den underskrevne blanketten som et PDF dokument vedhæftet en email til info@tbst.dk.

Dato:

Underskrift:
