

Upplysningar om sökanden. Fyll i denna sida fullständigt och med VERSALER - för detaljer se instruktioner

1. Stat som utfärdat certifikatet		2. Medicinskt intyg som söks <input type="checkbox"/> Klass 1 <input type="checkbox"/> Klass 2 <input type="checkbox"/> Klass 3 <input type="checkbox"/> Annan	
3. Efternamn		4. Tidigare efternamn	12. Ansökan: <input type="checkbox"/> Förstagångs <input type="checkbox"/> Förlängning/Förnyelse
5. Förnamn		6. Födelsedatum	7. Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna
13. Personnummer			

401. **Medgivande att utlämna medicinska handlingar.** Jag samtycker till att föreliggande specialundersökningar inklusive eventuella bilagor får delges Transportstyrelsens flygöverläkare och om så fordras även den flygmedicinska enheten vid annat lands luftfartsmyndighet samt att dessa handlingar eller elektroniskt lagrad information får användas som underlag för flygmedicinsk bedömning och att de är och förblir myndighetens egendom förutsatt att jag eller min läkare kan få tillgång till den enligt gällande författningar. Uppgifterna behandlas med beaktande av sekretesslagen (1980:100).

Datum _____ Sökandens underskrift _____ Flygläkarens/specialistens underskrift _____

402. Undersökningskategori <input type="checkbox"/> Utfärdande <input type="checkbox"/> Förnyelse/Förlängning <input type="checkbox"/> Efter anmodan	403. Sjukhistoria rörande öron, näsa och halsorgan
---	--

Klinisk undersökning

Fyll i varje moment

	Normal	Onormal
404. Huvud, ansikte och hals		
405. Munhåla, tänder		
406. Farynx		
407. Näspassage och naso-farynx inkl främre rhinoskopi		
408. Vestibularissystemet inkl. Rombergs test		
409. Tal		
410. Bihålor		
411. Hörselgångar och trumhinnor		
412. Pneumatisk otoskopi (om indicerat)		
413. Impedanstympometri inkl. valsalva (endast vid utfärdande)		

419. Tonaudiometri

dB HL (hörtröskel)

Hz	Hö öra	Vä öra
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

420. Audiogram

 0 = Hö öra, luft <= Hö öra, ben
 X = Vä öra, luft > 0 Vä öra, ben

dB/HL	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								

Tilläggsundersökning (om indicerat)

	Ej utförd	Normal	Onormal
414. Talaudiogram			
415. Bakre rhinoskopi			
416. EOG; Spontan- och lägesnystagmus			
417. Kolorisk test eller vestibularisautorotationstest			
418. Spegel- eller fiberlaryngoskopi			

421. Otorhinolaryngologiska anmärkningar och rekommendationer**422. Undersökarens utlåtande**

Jag bekräftar att jag personligen har undersökt den sökande enligt detta undersökningsformulär och att detta utlåtande inklusive eventuella bilagor fullständigt och korrekt återger mina fynd och iakttagelser.

423. Ort och datum	Flygläkarens/specialistens namn och adress	Flygläkarens/specialistens stämpel
Flygläkarens/specialistens underskrift	Telefonnr	
	Telefaxnr	

Myndighetens anteckningar

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