



OFTALMOLOJİK MUAYENE RAPORU OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM



Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz - Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion		TİBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE	
Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar / Applicant's Details			
(1) Başvurulan Devlet / State applied to:	(2) Başvurulan sağlık sertifikası sınıfı / Medical certificate applied for:		
(3) Soyadı / Surname:	(4) Önceki soy isim(ler)/Previous surname(s):	Unvan / Title	(13) Referans No.(Uygunsu) / Reference No.(if Applicable): ---
(5) İsim(ler) / Forename(s):	(6) Doğum Tarihi / Date of birth:	(7) Cinsiyet / Sex:	(12) Başvuru / Application:
(301) Tıbbi bilginin açıklanmasının kabul edilmesi: Bu raporda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin Yetkili Uçuş Tabibine, Yetkili Tabibe ve gerektiğinde lisans veren makamların evrağı olarak tıbbi denetmenlerine 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. / Consent to release of medical information: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the licensing authority, recognising that these documents or electronically stored data, are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.			
Tarih / Date:	Başvuranın imzası / Signature of Applicant:	AME/ Yetkili Tabip imzası Signature of AME/DmE:	
(302) Muayene Kategorisi / Examination category:	(303) Oftalmolojik geçmişi / Ophthalmological history:		Mevcut Gözlük / Current Spectacles Sağ Göz / Right Eye Sol Göz / Left Eye
		SPH	CYL
		AXIS	VA
Klinik Muayene / Clinical examination			
Her maddeyi işaretleyiniz / Check each item		Normal	Anormal / Abnormal
(304) Gözler, dış ve gözkapakları/ Eyes, external & eyelids			
(305) Gözler, Dış (Biomikroskopi) / Eyes, Exterior (Slit)			
(306) Göz pozisyonu ve hareketleri / Eye position and			
(307) Görme alanları (karşılıklı) / Visual fields			
(308) Pupillary reflexes / Pupillary reflexes			
(309) Gözdibi (Oftalmoskopi) / Fundi (Ophthalmoscopy)			
(310) Konverjans / Convergence	cm		
(311) Akomodasyon / Accommodation	D		
(312) Oküler kas dengesi (prizmatik diyoptri) / Ocular muscle balance (in prism dioptres)			
Uzak görüş 5M/6m'de Distant at 5m/6m		Yakın görüş 30-50 cm'de Near at 30-50 cm	
Ortho / Ortho		Ortho / Ortho	
Eso		Eso	
Ekzo / Exo		Ekzo / Exo	
Hiper / Hyper		Hiper / Hyper	
Siklo/Cyclo		Siklo/Cyclo	
Tropi/Tropia ☐ Evet/ Yes ☐ Hayır/No		Fori/Phoria ☐ Evet/ Yes ☐ Hayır/No	
Füzyon rezerv testi / Fusional reserve testing			
☐ Yapılmadı/Not Performed ☐ Normal ☐ Anormal/Abnormal			
(313) Renk algılama / Colour perception			
Psödo-izokromatik plaklar/ Pseudo-Isochrome plates		Tip: Ishihara (24 plak) / Type: Ishihara (24 plates)	
Plak sayısı / No of plates: 24		Hata sayısı / No of errors:.....	
İleri renk algılama testleri gerekiyor mu? / Advanced colour perception testing indicated?		☐ Evet/ Yes ☐ Hayır/No	
Metod / Method:.....			
☐ Renk Algılama EMİN / Colour SAFE ☐ Renk Algılama EMİN DEĞİL / Colour UNSAFE			
(321) Oftalmolojik Yorumlar ve Tavsiyeler / Ophthalmological remarks and recommendation: (Yorumlar / Remarks)			
(322)Göz Hastalıkları Uzmanının Beyanı / Examiner's declaration: Ben/AME grubumun bu muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve muayene raporunda ve eklerindeki bulguların tamamının doğru olduğunu beyan ederim. / I hereby certify that I / my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.			
(323) Yer ve tarih / Place and date: Samsun		Göz Hst.Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / Ophth examiner's name and address: (Block Capitals) E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:	
AME, Yetkili Tabip imzası / AME signature:		AME, Yetkili Tabip veya uzmanın kaşesi ve No. / AME, DmE or specialist stamp with No.:	