

	KABİN EKİBİ VE DİĞER HAVACILIK PERSONELİ OFTALMOLOJİK MUAYENE RAPORU OPHTALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM		FOTO
Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz - Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız		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:	Başvurulanın İmzası / Signature of Applicant:	AME/ Yetkili Tabip İmzası Signature of AME/DmE:	
(302) Muayene Kategorisi / Examination category:	(303) Oftalmolojik geçmişi / Ophthalmological history:	Mevcut Gözlük / Current Spectacles	SPH CYL AXIS VA
		Sağ Göz / Right Eye	
		Sol Göz / Left Eye	
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 lamp,ophth)			
(306) Göz pozisyonu ve hareketleri / Eye position and movements			
(307) Görme alanları (karşılıklı) / Visual fields (confrontation)			
(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 prisme 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-İzokromatik plaklar/ Pseudo- Isochromatic plates	Tip: Ishihara (24 plak) / Type: Ishihara (24 plates)		
Plak sayısı / No of plates:	Hata sayısı / No of errors:.....		
İleri renk algılama testleri gerekiyor mu? /Advanced colour perception testing indicated?			
☐ Evet/ Yes ☐ Hayır/No			
Metod / Method:.....			
☐ Renk Algılama EMIN / Colour SAFE			
☐ Renk Algılama EMIN 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:	Göz Hst.Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / Ophth examiner's name and address: (Block Capitals)	AME, Yetkili Tabip veya uzmanın kaşesi ve No. / AME, DmE or specialist stamp with No.:	
AME, Yetkili Tabip imzası / AME signature:	E-posta / E-mail:		

OFTALMOLOJİK MUAYENE RAPORU / OPHTALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Doküman No:

SHGM.UOD.20281427.FR.42

Yürürlük Tarihi: 29.03.2005

Revizyon No/ Tarihi:

04 – 03.03.2023