

MEDISCH ONDERZOEKSRAPPORT

Vul deze bladzijde geheel en in blokletters in - Raadpleeg de instructiepagina's voor de details.

MEDISCH GEHEIM

(201) Onderzoekscategorie <input type="checkbox"/> Eerste <input type="checkbox"/> Verlenging <input type="checkbox"/> Hernieuwde afgifte <input type="checkbox"/> Special referral	(202) Lengte cm	(203) Gewicht kg	(204) Oogkleur	(205) Haarkleur	(206) Bloeddruk - zittend mm Hg		(207) Pols - rustend	
					Systolisch	Diastolisch	Frequentie	Ritme <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular

Klinisch onderzoek: Controleer elk onderdeel	Normaal		Abnormaal			Normaal		Abnormaal	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(208) Hoofd, gezicht, nek, hoofdhuid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernia, lever, milt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Mond, keel, tanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Neus, sinussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Urogenitaalstelsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oren, trommelvliezen, beweeglijkheid van de trommelvliezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Endocrienstelsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Ogen - oogkas & adnexa; gezichtsveld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Bovenste & onderste ledematen, gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Ogen - pupillen en optische fundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Ruggengraat, andere skeletmusculatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Ogen - oogbeweeglijkheid, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Neurologie - reflexen, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Longen, borstkas, borsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Hart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Huid, identificatiekenmerken en lymfevatstelsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Vaatstelsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(228) Algemeen systemisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Aantekeningen: Beschrijf iedere abnormale bevinding. Noteer vóór elke aantekening het toepasselijke onderdeelnummer

Gezichtsscherpte
(229) Gezichtsscherpte in de verte bij 5m / 6m Bril Contact lenzen

Rechter oog,	<input type="checkbox"/>	Gecorrigeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linker oog,	<input type="checkbox"/>	Gecorrigeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beide ogen,	<input type="checkbox"/>	Gecorrigeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(236) Longfunctie (237) Hemoglobine

Peak flow bij	%	mmol/l
<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Abnormaal	<input type="checkbox"/> Normaal <input type="checkbox"/> Abnormaal

(230) Gezichtsscherpte op middellange afstand
N14 op 100 cm

	Ongecorrigeerd		Gecorrigeerd	
	Ja	Nee	Ja	Nee
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"/>
Beide ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(235) Urineonderzoek

<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Abnormaal		
Glucose	Proteïne	Bloed	Overig

(231) Gezichtsscherpte op de korte afstand
N4 op 30-50 cm

	Ongecorrigeerd		Gecorrigeerd	
	Ja	Nee	Ja	Nee
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"/>
Beide ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begeleidende rapporten

	Niet uitgevoerd	Normaal	Abnormaal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Ophthalmologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) KNO (ORL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Longfunctie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonometry L: R: mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Bril (233) Contactlenzen

Ja Nee Ja Nee

Type: Type:

Refractie	Sferisch	Cylindrisch	As	Dichtbij (add.)
Rechter oog				
Linker oog				

(247) Aanbeveling van de vliegmedisch keuringsarts:

Naam van de kandidaat: _____ Reference number: _____

Geboortedatum: _____

Geschikt voor klasse

Medical certificate issued by undersigned (copy attached) for class:

Ongeschikt voor klasse

Doorverwezen voor nadere evaluatie. Indien ja, waarom en naar wie?

(313) Kleurwaarneming Normaal Abnormaal

Pseudo-isochromatische platen Type: _____

Aantal platen: _____ Aantal fouten: _____

Vervolg kleuronderzoek geïndiceerd

Methode: _____

(234) Gehoor (indien 239/241 niet is uitgevoerd)

	Rechter oor	Linker oor
Conversatiestem op 2m met de rug naar de keuringsarts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Audiometrie

Hz	500	1000	2000	3000
Rechts				
Links				

(248) Aantekeningen, limieten:

(249) 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.

(250) Plaats en Datum:	Naam en adres van de keuringsarts: (Blokletters)	AME-stempel met AME-nr:
Handtekening van de erkende geneeskundige:		