

**VERSLAG VAN HET OFTALMOLOGISCH ONDERZOEK**

Gebruik drukletters om dit formulier in te vullen.

Gegevens over de aanvrager

MEDISCH GEHEIM

(1) JAA lidstaat die de vergunning uitreikt :	(2) Klasse van het aangevraagde medisch attest 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>		
(3) Naam :	(4) Vorige naam :	(12) Aanvraag voor Initieel onderzoek <input type="checkbox"/> hernieuwing/wedergeldigmaking <input type="checkbox"/>	
(5) Voornamen :	(6) Geboortedatum :	(7) Geslacht Man. <input type="checkbox"/> Vrouw. <input type="checkbox"/>	(13) Referentienummer :

(8) Land en plaats van geboorte :	(9) Nationaliteit :	(14) Type van de gewenste vergunning :
-----------------------------------	---------------------	--

(301) **Toelating tot het meedelen van geneeskundige gegevens** : Ik ondergetekende, verleen toelating tot het meedelen van al de gegevens uit dit verslag met al de bijlagen aan erkende geneesheer-examinatoren, aan de SLG, en indien nodig aan de SLG van een andere Staat, hiermee erkennend dat deze bescheiden en de elektronisch opgeslagen gegevens moeten dienen om een geneeskundige expertise uit te voeren, en dat zij de eigendom zullen worden en blijven van de SLG, onder die voorwaarde dat ikzelf of mijn geneesheer er inzage mogen van krijgen, conform het nationaal recht. Het medisch geheim zal steeds geëerbiedigd worden.

Datum : Handtekening van de aanvrager : Handtekening van de onderzoekende geneesheer (getuige) :

(302) Categorie van het onderzoek Initieel <input type="checkbox"/> Grondig <input type="checkbox"/> Hernieuwing of wedergeldigmaking <input type="checkbox"/> Bijzonder beroep <input type="checkbox"/>	(303) Oftalmologische antecedenten
---	------------------------------------

Klinisch onderzoek

Elk item nagaan	Normaal	Abnormaal
(304) Ogen, uiterlijk - oogleden		
(305) Ogen uitzicht (spleetlamp)		
(306) Stand en oogmobilititeit		
(307) Gezichtsvelden (confrontatie)		
(308) Pupilreflexen		
(309) Oogfundus (oftalmoscopie)		
(310) Convergentie	cm	
(311) Accommodatie	D	

(312) *Evenwicht van de uitwendige oogspieren* (uitgedrukt in prismatische dioptrie)

Vanaf een afstand van 5-6 meter	Van dichtbij 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie	Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Phorie
Test van de fusiereserve :	Niet uitgevoerd <input type="checkbox"/> Normaal <input type="checkbox"/> Abnormaal <input type="checkbox"/>

(313) *Kleurzin*

Pseudo isochromatische platen	Type : ISHIIHARA
Aantal platen :	Aantal fouten :
Een grondig onderzoek van de kleurzin is aangewezen :	Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/>
Methode : Chromoptometrische lantaarn <input type="checkbox"/> en/of Anomaloscoop <input type="checkbox"/>	
Voldoet aan de veiligheidsnorm m.b.t. de kleurzin	Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/>

(321) **Opmerkingen en oftalmologische aanbevelingen :**(322) **Verklaring van de onderzoekende geneesheer :**

Ik ondergetekende verklaar dat ik persoonlijk onderzocht heb (of dat mijn team van erkende geneesheren-examinatoren onderzocht heeft) de aanvrager hierboven vermeld en dat het onderhavig verslag en zijn bijlagen een volledige en correcte weergave zijn van mijn bevindingen.

(250) Plaats en datum :	Naam en adres van de erkende oogarts : (in hoofdletters)	Stempel van de erkende oogarts :
Handtekening van de erkende oogarts :	Telefoon nummer :	
	Fax nummer :	

Exemplaar voor de onderzoeker

Gezichtsscherpte(314) *Gezicht van ver vanaf 5m/6m* **Bril** **Contact**

Rechter oog	verbeterd tot		
Linker oog	verbeterd tot		
Binoculair zicht	verbeterd tot		

(315) *Intermediair zicht vanaf 1 m* **Bril** **Contact**

Rechter oog	verbeterd tot		
Linker oog	verbeterd tot		
Binoculair zicht	verbeterd tot		

(316) *Gezicht van dichtbij 30-50 cm* **Bril** **Contact**

Rechter oog	verbeterd tot		
Linker oog	verbeterd tot		
Binoculair zicht	verbeterd tot		

(317) *Refractie* **Sferisch** **Cylindrisch** **As** **Dichtbij-add.**

Rechter oog				
Linker oog				
Refractie te onderzoeken onder cycloplegie bij het initieel onderzoek indien hypermetropie van meer dan 2 dioptrie <input type="checkbox"/>				

(318) *Bril*

Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Type		Type	

(319) *Contactlenzen*(320) *Intra oculaire druk*

Rechts (mmHg)	Links (mmHg)
Methode :	Normaal <input type="checkbox"/> Abnormaal <input type="checkbox"/>