



FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z BADANIA LARYNGOLOGICZNEGO

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania.

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Dane kandydata:

(1) Państwo, w którym składany jest wniosek:	(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie:	klasa 1 <input type="checkbox"/>	klasa 2 <input type="checkbox"/>
(3) Nazwisko:	(4) Poprzednie nazwisko(a):	(12) Wniosek: Wstępny <input type="checkbox"/>	Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>
(5) Imię/imiona:	(6) Data urodzenia:	(7) Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/>	Mężczyzna <input type="checkbox"/>
(13) Numer referencyjny:			
<p>(401) Zgoda na udostępnienie informacji medycznej: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania uznając, iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia oceny medycznej oraz będą stanowić własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu, że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.</p>			
Data		Podpis kandydata	
		Podpis AME	

(402) Kategoria badania:	(403) Wywiad laryngologiczny
Wstępne <input type="checkbox"/>	
Specjalne odesłanie <input type="checkbox"/>	

Badanie kliniczne

Sprawdzić każdy punkt

	Prawidłowe	Nieprawidłowe
(404) Głowa, twarz, szyja, skóra głowy		
(405) Jama ustna, zęby		
(406) Gardło		
(407) Przewody nosowe i nosogardziel (łącznie z rynoskopią przednią)		
(408) Układ równowagi łącznie z próbą Romberga		
(409) Mowa		
(410) Zatoki		
(411) Przewód słuchowy zewnętrzny, błony bębenkowe		
(412) Ocena błony bębenkowej (otoskopia)		
(413) Pomiar ciśnienia powietrza w uchu środkowym (tympantomelia impendancyjna) łącznie z próbą Valsalvy (tylko przy badaniach wstępnych)		

(419) Audiometria tonalna

Hz	dB HL (poziom słuchu)	
	Prawe ucho	Lewe ucho
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Audiogram

o = Prawe ----- = przewodnictwo powietrzne
x = Lewe = przewodnictwo kostne

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

Dodatkowe badania (jeżeli jest wskazanie)	Nie wykonano	Prawidłowe	Nieprawidłowe
(414) Audiometria mowy			
(415) Rynoskopia tylna			
(416) EOG, oczopłasek spontaniczny lub pozycyjny			
(417) Próba kaloryczna lub obrotowa			
(418) Laryngoskopia pośrednia lub bezpośrednia			

(421) Uwagi i zalecenia laryngologiczne:

--

(422) Oświadczenie lekarza:

Niniejszym oświadczam, iż przeprowadziłem (-am) osobiście badania kandydata o nazwisku podanym w sprawozdaniu z badania lekarskiego oraz że niniejsze sprawozdanie wraz z jakimkolwiek załącznikiem odzwierciedla stwierdzone wnioski w sposób wyczerpujący i poprawny.

(423) Miejsce i data:	Imię i nazwisko lekarza laryngologa oraz adres: (drukowanymi literami)	Pieczęć AME lub specjalisty z numerem:
Podpis AME:	E-mail: Numer telefonu: Numer faksu:	