

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGI KÉRDŐÍV

1. oldal

Személyes adatok

Név	Születési név
Születési hely	Születési idő (év, hó, nap)
TAJ-szám	Anyja neve
Lakcím	
Munkakör	
Magasság (cm)	Testsúly (kg)

Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

Jelölje, hogy kezelték-e, illetve kezelik-e az alábbi betegségek valamelyikével. Igen válasz esetén röviden részletezze.

Szív- és érrendszeri betegség ☐ Igen ☐ Nem

Magasvérnyomás-betegség ☐ Igen ☐ Nem

Cukorbetegség ☐ Igen ☐ Nem

Allergiás megbetegedés ☐ Igen ☐ Nem

Gyógyszerallergia ☐ Igen ☐ Nem

Tüdőbetegség ☐ Igen ☐ Nem

Gyomor-, bél- vagy májbetegség ☐ Igen ☐ Nem

Vesebetegség ☐ Igen ☐ Nem

Mozgásszervi megbetegedés ☐ Igen ☐ Nem

Szemészeti vagy fülészeti betegség ☐ Igen ☐ Nem

Nagyothallás ☐ Igen ☐ Nem

Pszichológiai vagy pszichiátriai megbetegedés ☐ Igen ☐ Nem

Neurológiai megbetegedés ☐ Igen ☐ Nem

Szédülékenység ☐ Igen ☐ Nem

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGI KÉRDŐÍV

2. oldal

Epilepszia

☐ Igen ☐ Nem

Alkoholfüggőség

☐ Igen ☐ Nem

Kábítószer-függőség

☐ Igen ☐ Nem

Eszméletvesztés korábban

☐ Igen ☐ Nem

Szemüveg vagy kontaktlencse használata

☐ Igen ☐ Nem

Hallókészülék használata

☐ Igen ☐ Nem

Gyógyászati segédeszköz használata

☐ Igen ☐ Nem

További információk

Rendszeresen szedett gyógyszerek (név, adagolás)

Van vezetői engedélye?

☐ Igen ☐ Nem

Egyéb közlendő az egészségi állapotával kapcsolatban

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, eltitkolt betegségem nincs.

Dátum

Aláírás (nyomtatás után)

Orvos tölti ki

Látásvizsgálat - bal

Látásvizsgálat - jobb

Vérnyomás

Korlátozás

Egyéb információ