

КЛЕТВЕНА ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ ЗА СЛУЖБИТЕ ПО ТРУДОВА МЕДИЦИНА

Име, фамилия:.....

Дата на раждане:

ЕГН:

Адрес в Чехия:

Постоянен адрес:

Лична карта №:

Паспорт №:

Здравноосигурителен номер:

Оградете с кръгче правилния отговор!

ФАМИЛНА АНАМНЕЗА

Имало е, има ли при някой от кръвните Ви родственици по права линия следните заболявания:

туберкулоза, високо кръвно налягане, сърдечен удар, инсулт, астма, епилепсия, наследствени или вродени заболявания, други заболявания?

НЕ ДА

ЛИЧНА АНАМНЕЗА

Понастоящем лекуван(а) ли сте? НЕ ДА

В миналото лекуван (а) ли сте? НЕ ДА

ДОКУМЕНТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ

Притежавате ли разрешително за оръжие: НЕ ДА

Свидетелство за управление на МПС: НЕ ДА, категории:

Пенсия за инвалидност: НЕ ДА от година

степен:

Намалена работоспособност: НЕ ДА от година

Прекарвали ли сте някое от следните заболявания?

Инфекциозни болести (туберкулоза, сифилис, гонорея, инфекциозен хепатит, салмонелоза, инфекциозна мононуклеоза, други)

НЕ ДА какви?

Заболявания на костно-мускулната система (хронични болки в гърба или ставите, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на сърцето и кръвоносните съдове (високо кръвно налягане, инфаркт на миокарда, аритмия, сърдечни дефекти, други...)

НЕ ДА какви?

Белодробни заболявания (астма, хроничен бронхит, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на нервната система (епилепсия, мигрена, припадъци, нарушение на равновесието, други ...)

НЕ ДА какви?

Психични заболявания (депресии, мании, психози, пристрастеност към алкохола,токсикомания, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на храносмилателната система (язви на стомаха и дванадесетопръстника, възпалителни заболявания на червата, често повтарящ се запек или диария, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на черния дроб и жлъчката (стеатоза на черния дроб, колики в жлъчката, камъни, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на бъбреците и пикочните пътища (хронични възпаления, намалена функция, колики, камъни, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на кожата (екземи, локални алергични обриви, възпалителни или гъбични заболявания, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на очите (намалено зрение, нарушения на зрителното поле, катаракта, глаукома, възпаления, други ...)

НЕ ДА какви?

Заболявания на ушите (намален слух, хронични възпаления на средното ухо, шум в ушите, други ...)

НЕ ДА какви?

Ендокринология (диабет, заболявания на щитовидна жлеза, повишени мазнини в кръвта, метаболитни заболявания, подагра, други ...)

НЕ ДА какви?

Диспансеризация (наблюдение) в амбулатория за специализирана медицинска помощ (кардиология, диабетология, ендокринология, неврология, психиатрия, офталмология, пневмология, дерматология, онкология, ортопедия, алергология, ревматология, други ...)

НЕ ДА посочете каква и откога

Хоспитализация:

НЕ ДА посочете кога и поради какво

Операция:

НЕ ДА на какво

Злополука (фрактура, безсъзнание, ампутация ...)

НЕ ДА каква и кога

Ваксиниране против тетанус:

НЕ ДА посочете дата на последното ваксиниране

ВРЕДНИ НАВИЦИ

Употребявате ли алкохол?

НЕ ДА / епизодично ДА / редовно
 ДА? Какъв и какви количества /дневно/:

Употребявате ли наркотици и психоактивни вещества: НЕ ДА и какви

АНАМНЕЗА ЗА АЛЕРГИИ

Появили ли се при Вас в миналото или понастоящем симптоми на алергии (особено алергени от работна среда – пластмаса, метали, минерални масла, бои, прах, полени и други)

НЕ ДА посочете алергени

ФАРМАКОЛОГИЧНА АНАМНЕЗА

Понастоящем вземате ли някакви лекарства?

НЕ ДА посочете какви

ГИНЕКОЛОГИЧНА АНАМНЕЗА (попълват само жени)

Раждания: НЕ ДА брой

Бременна ли сте ? НЕ ДА

Трудова анамнеза

Работили ли сте на предишните работни места в категория 2Р /работа „с рискове“/ или в по-висока категория?

Прах:	НЕ	ДА
Вредни химични вещества:	НЕ	ДА
Шум:	НЕ	ДА
Вибрации:	НЕ	ДА
Нейонизиращи лъчения и електромагнитно поле:	НЕ	ДА
Физическо натоварване:	НЕ	ДА
Работно положение:	НЕ	ДА
Топлинно натоварване:	НЕ	ДА
Натоварване със студ:	НЕ	ДА
Психическо натоварване:	НЕ	ДА
Натоварване на зрението:	НЕ	ДА
Биологични агенти:	НЕ	ДА
Повишено атмосферно налягане:	НЕ	ДА

Другите обстоятелства, които бихте искали да съобщите на лекар:

.....
.....

Долуподписаният декларирам, че попълнените от мен данни във въпросника са верни и пълни. Данните, които смятам за твърде поверителни ще кажа на лекар в течение на медицински преглед. Известно ми е, че със скриване на данни или с деклариране на неверни данни за здравето ми състояние поемам отговорност за погрешната преценка на работоспособността ми за определена работа. Това се отнася особено до случаи, когато не съм посочил или съм умишлено скрил заболявания, които могат да се диагностицират само въз основа на специализиран преглед, който не се прави при обикновен медицински преглед на фирмен лекар.

Съгласен съм с обработването на личните ми данни съгласно GDPR по смисъла на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27.4.2016 г.

Дата:

Подпис на оценявано лице