

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ PRO ÚČELY PRACOVNĚLÉKAŘSKÝCH SLUŽEB

Jméno Příjmení :

Datum narození:

Rodné číslo :

Adresa pobytu v ČR :

Adresa trvalého pobytu :

Telefon:

Email:.....

Číslo OP/pasu:.....

Zdravotní pojištění:

Přeji si, aby MUDr. Petr Schleiss byl mým registrujícím praktickým lékařem

Ne

Ano

Podpis a datum:

Máte řidičský průkaz: Ne Ano

Máte zbrojní průkaz: Ne Ano

Máte invalidní důchod : Ne Ano Stupeň :

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Pokud se vyskytovaly nebo vyskytují u některého s Vašich příbuzných prvního stupně tato onemocnění ,označte je:

Tuberkulóza (TBC), vysoký krevní tlak (hypertenze),srdeční infarkt (IM),mozková mrtvice (CMP),astma bronchiální,epilepsie,jiné nemoci-sdělte:

.....

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Léčíte se v současné době: Ano Ne

S čím:.....

Jaké léky užíváte:.....

.....

Byl jste v minulosti léčen Ano Ne

S čím:

.....

.....

Prodělal jste některou z níže uvedených chorob?

Infekční nemoci – TBC,syfilis,kapavka,virová hepatitida,salmonelóza,infekční mononukleóza, a jiné ,

Ne Ano jaké?:.....

Onemocnění pohybového aparátu – chronické bolesti páteře nebo kloubů,jiné

Ne Ano jaké? :.....

Onemocnění srdce a cév –vysoký krevní tlak,infarkt,,arytmie ,srdeční vady,

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění plic – Astma ,chronická bronchitida,jiné

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění nervové (epilepsie,migréna,stavy bezvědomí, poruchy rovnováhy

Ne Ano jaké:.....

Duševní choroby – deprese,mánie,psychozy,závislost na alkoholu,toxikománie

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění trávicího traktu- vředy,záněty střev,zácpy,průjmy,bolesti břicha

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění jater a žlučových cest – kameny,koliky,steatóza, žloutenky

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění ledvin a močových cest –chronické záněty,snížení funkce,koliky,

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění kožní - ekzémy,lokální alergie,zánětlivé a plísňové onemocnění

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění oční – zhoršený zrak,poruchy zorného pole,šedý či zelený zákal

Ne Ano jaké:.....

Onemocnění ušní-zhoršený sluch,záněty ucha,hučení v uších

Ne Ano jaké:.....

Endokrinologické potíže- štítná žláza,dna,porucha metabolismu tuků,

Ne Ano jaké:.....

Úrazy ,operace

Ne Ano jaké:.....

Jsi sledován pro nějakou chorobu

Ne Ano jaké:.....

.....

.....

Prodělal jsi hospitalizaci v nemocnici, operace

Ano Ne jaké a kdy a proč

.....
.....
.....

Máte alergie

Ne Ano a na co:.....

ŠKODLIVÉ NÁVYKY

Pijete alkohol

Ne Ano Kolik a jaký:.....

Užíváte drogy

Ne Ano Jaké a kolik.....

GYNEKOLIGICKÁ ANAMNÉZA (vyplňují pouze ženy)

Porody Ne Ano kolik.....

Jste těhotná: Ne Ano

Další skutečnosti které by mohli mít vliv na Váš zdravotní stav:

.....
.....

Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí a svědomí jsou informace, které jsem uvedl(a) v dotazníku jsou pravdivé a úplné. Informace, které pokládám za příliš důvěrné sdělím lékaři v průběhu zdravotní prohlídky. Jsem si vědom(a), že zatajením či uvedením nepravdivých informací o mém zdravotním stavu beru za sebe spoluzodpovědnost za případné chybné posouzení mé zdravotní způsobilosti k vykonávané práci.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle GDPR ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016

Datum:

Podpis: