

## A MUNKAVÁLLALÓ NYILATKOZATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL

Név, vezetéknev: .....  
Születési idő: .....  
Személyi szám: .....  
Csehországi lakcím: .....  
Állandó lakcím: .....  
Szem. Igazolvány szám: .....  
Útlevélszám: .....  
Egészségbiztosítási szám: .....

*Karikázza be a megfelelő választ!*

### CSALÁDI KÓRTÖRTÉNET

Szenved vagy szenvedett-e valaki az elsőfokú vérrokonai közül az alábbi betegségekben?

Tuberkulózis, magas vérnyomás, miokardiális infarktus, stroke, asztma, epilepszia, örökletes vagy veleszületett betegségek, egyéb betegségek?

NEM  IGEN, Részletezze: .....

### SZEMÉLYES KÓRTÖRTÉNET

Áll-e Ön jelenleg valamilyen orvosi kezelés alatt?  NEM  IGEN : .....

Állt-e Ön valamilyen orvosi kezelés alatt a múltban?  NEM  IGEN : .....

#### Engedélyek, Korlátozások

Van-e fegyvertartási engedélye?  NEM  IGEN

#### Szenvedett-e az alábbiak közül valamilyen betegségben?

Fertőző betegségek (TBC, szifilisz, gonorrhoea, vírusos hepatitis, szalmonellózis, fertőző mononukleózis, egyéb)

NEM  IGEN, Részletezze:.....

Mozgásszervi megbetegedések (krónikus gerincfájdalom, ízületi betegségek, stb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

kardiovaszkuláris **betegségek** (magas vérnyomás, szívinfarktus, arrhythmia, szívbetegségek, egyéb)

NEM  IGEN, Részletezze:.....

Tüdőbetegségek (asztma, krónikus bronchitis, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze:.....

Idegrendszeri betegségek (epilepszia, migrén, kóma, egyensúlyi rendellenességek, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Pszichés betegségek (depresszió, mánia, pszichózis, alkoholizmus, drogfüggőség, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Emésztőrendszeri megbetegedések (gyomor vagy patkóbél fekélybetegsége, gyulladásoos bélbetegség, ismételt torlódás vagy hasmenés, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze:.....

Májbetegségek és epeúti betegségek (májhizlalási betegség, epehólyag-kólika, kövek, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Vese és húgyúti betegségek (krónikus gyulladások, csökkent funkciók, kólika, kövek, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Bőrbetegségek (ekcéma, helyi allergia, gyulladásoos vagy gombás betegségek, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze:.....

Szembetegségek (csökkent látás, látási zavarok, hõhályog, glaukóma, gyulladások, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze:.....

Fülbetegségek (csökkent hallás, krónikus középfülgulladás, fülzúgás, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Endokrin betegségek (cukorbetegség, pajzsmirigy betegségek, zsírszint-rendellenességek, anyagcsere-betegségek, köszvény, egyéb ...)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Folyamatos egészségügyi ellátás (megfigyelés) járóbeteg szakrendelésen (kardiológia, diabetológia, endokrinológia, neurológia, pszichiátria, szemészet, pulmonáris osztály, dermatológia, onkológia, ortopédia, allergológia, reumatológia, egyéb ...)

NEM  IGEN Melyik és mióta? .....

Kórházi ápolás:

NEM  IGEN Mikor és miért? .....

Műtétek:

NEM  IGEN, Részletezze: .....

Sérülések (törések, kóma, amputáció ...)

NEM  IGEN Milyen és mikor? .....

Tetanusz oltás:

NEM  IGEN, Utolsó oltás ideje? .....

## **KÁROS SZENVEDÉLYEK**

Fogyaszt alkoholt?

NEM  IGEN / Alkalmilag  IGEN / Rendszeresen

Ha igen, mit és mennyit naponta? .....

Használ valamilyen kábítószer vagy függõséget okozó anyagot:

NEM  IGEN, Részletezze: .....

## ALLERGIAI ANAMNÉZIS

Volt-e bármilyen allergiás tünete (különösen a munkakörnyezetből származó allergének - műanyagok, fémek, festékek, por, pollen vagy más)

NEM  IGEN, Részletezze: .....

## FARMAKOLÓGIAI ANAMNÉZIS

Szed-e jelenleg valamilyen gyógyszert?

NEM  IGEN, Részletezze:.....

.....

## NŐGYÓGYÁSZATI ANAMNÉZIS

Szülés:

NEM  IGEN, szülések száma:.....

Terhes-e jelenleg?

NEM  IGEN,

## MUNKAEGÉSZSÉGÜGYI ANAMNÉZIS

Dolgozott-e Ön a korábbi munkakörében 2R vagy magasabb munkakategóriákban?

Por:  NEM  IGEN

Vegy szennyezőanyagok:  NEM  IGEN

Zaj:  NEM  IGEN

Rezgés:  NEM  IGEN

Nem ionizáló sugárzás és elektromágneses mező:  NEM  IGEN

Fizikai stressz:  NEM  IGEN

Testtartás:  NEM  IGEN

Hőstressz:  NEM  IGEN

Hideg stressz:  NEM  IGEN

Pszichológiai stressz:  NEM  IGEN

Szem stressz:  NEM  IGEN

Biológiai szerek:  NEM  IGEN

Magas légnyomás:  NEM  IGEN

*Egyéb tények amit meg akar osztani az orvossal:*

.....

.....

Kijelentem, hogy a legjobb tudomásom szerint az ebben a kérdőívben megadott információ igaz és teljes. Értesíteni fogom az orvost az orvosi ellenőrzés során az olyan dolgokról, amelyet túlságosan bizalmasnak tartok. Tisztában vagyok azzal, hogy amennyiben elhallgatom az összes információt, vagy hamis információt adok az egészségi állapotommal kapcsolatban, akkor az esetleges téves értékelésért engem illet a felelősség

az adott munkára való alkalmasság megítéléséért. Ez különösen vonatkozik az olyan esetekre, amikor az általam nem jelzett vagy szándékosan elhallgatott betegségeket csak olyan speciális vizsgálatokkal lehet igazolni, amelyek általában nem szerepelnek a vállalati orvosok által végzett orvosi vizsgálaton.

Engedélyezem a személyes adatai feldolgozását a GDPR szerint a 2016. április 27-i 2016/679 / EU európai parlamenti és tanácsi rendelet értelmében.

Dátum:

.....

Az értékelt személy aláírása:

.....