

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Legmagasabb iskolai végzettség:

Szakképzettség (szakma):

Lakcím:



SALIS
PRAEIS

Testsúlya:

kg

Testmagassága:

cm

	IGEN	NEM	
Jelenleg van egészségügyi panaszja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kérem írja le mi az!
Az elmúlt 6 hónapban volt-e fertőző megbetegedése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kérem írja le mi az?
Volt-e orvosszakértői bizottság előtt bármikor munkaképesség-csökkenés (leszázalékolás) miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha igen, hány %-ot kapott legutoljára és mikor?
Volt-e bármilyen műtétje az élete során?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kérem írja le milyen műtétje volt és melyik évben kb.?
Dohányzik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visel szemüveget, vagy kontaktlencsét?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	közelve - távolra (a megfelelőt húzza alá) dioptria:
Szintévesztő?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Van-e látászavara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Van-e ekcémás, gyulladásos elváltozás a kezén?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Van-e bármilyen más bőrbetegsége?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kérem írja le mi az!
Allergiás, asztmás panaszai vannak-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha igen, milyen gyógyszer(eke)t szed rá?
Van-e probléma a vérnyomásával?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha igen, milyen gyógyszer(eke)t szed rá?

FORDÍTSON >>>

	IGEN	NEM	
Van-e szívpanasza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Ha igen, milyen gyógyszer(eke)t szed rá?</div>
Tudomása van arról, hogy cukorbeteg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Ha igen, milyen gyógyszer(eke)t szed rá?</div>
Volt-e az elmúlt 2 évben eszméletvesztése, ájulása?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsziája van-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Ha igen, milyen gyógyszer(eke)t szed rá?</div>
Van-e valamilyen ízületi panasza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Kérem írja le mi az!</div>
Volt-e csonttörése, izom-, vagy ínszalagszakadása?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Van-e visszeres, aranyeres panasza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kezelték-e valaha hagulat-zavar, depresszió, vagy bármilyen más pszichiátriai betegség miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Az eddig felsoroltakon túl van-e valamilyen rendszeresen gondozott betegsége?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Kérem írja le mi az!</div>
Az eddig felsoroltakon túl szed-e rendszeresen gyógyszert bármilyen más panasz miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Kérem írja le mi az!</div>

Kérem sorolja fel, hogy milyen munkakörben és mennyi időt dolgozott korábban (legalább 1 éven túl)!

Ítélték-e a betöltendő munkakör feladatairól, nehézségéről, a várható fizikai és szellemi igénybevétel mértékéről?

IGEN NEM

A fentiek alapján a munkakör betöltésére alkalmasnak érzi magát?

IGEN NEM

Jogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a fenti kérdésekre a legjobb tudásom szerint válaszoltam, a leírtak a valóságnak megfelelnek. Eltitkolt betegségem, fogyatékoságom, terhességem nincs.

Dátum: _____

_____ aláírás

Amennyiben a fenti nyilatkozatban bármelyik kérdésre igen választ adott, az azzal kapcsolatos legutolsó orvosi vizsgálati eredményeket (ambuláns lap, zárójelentés, orvosszakértői vélemény) az alkalmassági vizsgálatra hozza magával!