

EGÉSZSÉGFELMÉRŐ NYILATKOZAT /Páciens tölti ki/

Kérjük, hogy a nyilatkozat kérdéseit gondosan olvassa el, és válaszoljon rájuk saját egészsége érdekében pontosan! Az egészségfelmérő nyilatkozatban szereplő adatokra az orvosi titoktartás szabályai érvényesek, tartalma csak az orvosra és Önre tartozik. (A nemleges választ is kérjük kitölteni!)

Név (leánykori név is):.....TAJ szám:.....

Anyja neve:.....Születési idő:.....Helye:.....

Lakhelye:.....

Legmagasabb iskolai végzettség:.....Szakmai képzettség:.....

Eddigi munkahelyeim (az egészséget károsító munkahelyi körülmények feltárásához szükséges):

Munkáltató neve:	Munkakör:	-tól(év)	-ig(év)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dolgozott-e egészséget veszélyeztető munkakörben?
(eltöltött idő kb.)

- fizikai munka..... év
- zaj..... év
- vegyszerek..... év
- sugárzás..... év
- fertőzésveszély..... év
- egyéb..... év

Jelenleg táppénzes állományban van-e? Igen / Nem

Van-e panasz az egészségére?(ha igen, mi?).....

Visel-e szemüveget, kontaktlencsét? Dioptriá?.....

Van-e panasz a látására?.....

Áll-e jelenleg orvosi megfigyelés, ellenőrzés, gondozás alatt bármilyen betegség miatt?

Szed-e gyógyszert? Igen / Nem (Ha igen, sorolja fel!.....

Van-e Önnél munkaképesség csökkenés megállapítva?..... Százaléka:.....

Háziorvosom neve:

Az általam leírtak megfelelnek a valóságnak.

Dátum:.....

Aláírás:.....

VIZSGÁLATI LAP /ORVOS TÖLTI KI!/
 Vizsgálat dátuma: Név:

MKCS:
 Panasz:
 Kezelt betegség:

Gyógyszer:

Anamnesis, műtétek:

Családi anamn.: tu, diab, cardiovasc, neur, psych.
 apa:
 anya:
 testvér:
 dohányzás:
 alkohol:
 sport:
 Allergia:

TM:
 TS:

Bőr: kp. vértelt - sárga bőrcélulom -ról keltje
 Garat: lotmentes
 Pajzsm., nyirokcsomók: mirigyek, norm. fej. és csigolya

Jogsi:
 Katonaszág:

RR:
 pulsus:
 Neurologia: Romberg: neg Tremor: nincs

Cor: hely, ritmusos, tarta.

Pulmo: erdeu oxigenus, cupus, reben
 Mozgásszervek:
 elhelyez és funkcionálisan egész

VISUS	Jobb	Bal
Távoli(Kettesy)		
Közeli(Csapody VI-VII)		
Munkatávolság(Csapody VIII-IX)		
KORR: közeli-távoli-monitor		

Abdomen:
 pulo, belyegyeket kora nem rep, nyo-
 Perif.erek:
 szolok belyeg jó fej, vicsorítás nincs.
 Egyéb leletek: TUSZ.

Konfront látótér: teljes
 Színlátás: biztos
 Oncológiai szűrés:

Első fokú munkaköri orvosi alkalmassági vélemény:

ALKALMAS NEM ALKALMAS ID. NEM ALKALMAS

Korlátozások:

Érvényes:-ig

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat.....hét múlva.

P.H.

..... dátum orvos

A fenti közlemény megfelel az általam elmondottaknak. A vizsgálat a leírtaknak megfelelően megtörtént. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy eltitkolt betegségem nincs. Egészségi állapotomról és a munkakörülményekről a fevilágosítást megkaptam. Az alkalmassági véleményt megismertem és átvettem. A másodfokú jogorvoslat lehetőségéről a fevilágosítást megkaptam.

dátum: munkavállaló aláírása