

I. Nyilatkozat foglalkozás-egészségügyi vizsgálatához

(a vizsgálandó személy tölti ki)

Név (leánykor is): TAJ-szám: _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

Szül.hely, idő: Anyja neve:.....

Lakcím:.....

Munkahely: Beosztás: Végzettség:.....

Előző betegségek, műtétek:.....

Jelenlegi betegségek, panaszok.....

Rendszeresen szedett gyógyszerek:

Allergia (gyógyszer, vegyszer, pollen, egyéb):

Testsúly: Testmagasság: Szemüveg (+/- dioptria):

Tüdőszűrő (legutóbbi év, hó): Jogosítvány (van/nincs):

Alkoholfogy. (fajta/hét): Dohányzás (cigaretta/nap):

Rendszeres sport (-ág/óra/hét)

Szülők, testvérek betegségei (daganat, infarktus, epilepsia, cukor-, pajzsmirigy-, asthma):

.....

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek, eltitkolt betegségem nincs.

Dátum: Aláírás:

II. Tisztelt Házi orvos Kolléga!

Kérjük egészítse ki páciense nyilatkozatát!

Nevezett idült betegségben szenved/kezelés alatt áll-e? nem / igen, BNO kódok:

.....

Rendszeres gyógyszerei?

Dátum..... Aláírás:.....