

## EGÉSZSÉGFELMÉRŐ NYILATKOZAT

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

Tel.:.....

Szül.hely, idő:..... Anyja neve: .....

Lakcím: ..... Háziorvosa neve és címe: .....

Munkahely:..... Munkakör:.....

Legmagasabb iskolai végzettség:..... Szakképzettség:.....

Az utóbbi 5 évben volt-e 15 napon túli táppénzes állományban, ha igen milyen megbetegedéssel?

1..... 2.....  
3..... 4.....

Születése óta műtét és/vagy baleset miatt történt-e kórházi ellátása? Mivel és mikor?

1..... 2.....  
3..... 4.....

Jelenleg milyen betegségekkel áll kezelés, gondozás alatt? Háziorvosi vagy szakorvosi rendszeres gondozás (gyógyszer felíratás is!)  
.....  
.....

Volt-e Önnek foglalkozási betegsége és/vagy fenn áll-e Önnél csökkent munkaképességi állapot (rokkantság)? Ha igen milyen %-ú a munkaképesség  
**Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre az Igen  / Nem  megfelelő X jelölésével, illetve kiegészítéssel!**

Igen Nem

Jelenleg egészségesnek érzi-e magát?

Igen Nem

Volt-e tüdőszűrésen 1 éven belül?

Tüdőgondozó visszarendelte-e?

Egyéb szűrésen részt vett-e (pl. urológiai, kardiológiai stb.).....szűrés

Visel-e szemüveget/kontaklencsét? Dioptria Jobb:

Dioptria Bal:

Szed bármilyen gyógyszert folyamatosan?

név (1): ..... dózis: ..... név (3): ..... dózis: ..... név (5): ..... dózis: .....  
név (2): ..... dózis: ..... név (4): ..... dózis: ..... név (6): ..... dózis: .....

Gyógyszerallergia?

Milyen gyógyszerre?

Egyéb allergiás betegség?

Milyen anyagra?

Tudomása szerint van-e festékekre, bőrökre vagy azokat tartósító anyagokra allergiája?

Fogyaszt alkoholt? Naponta - Alkalmanként- Soha (megfelelő aláhúzendő)

Dohányzik? Napi ..... Szálat szív.

Táplálkozási szokások:

Rendszeres, egészséges - Rendszertelen

Sportol rendszeresen? Sportágak: .....

Rendszeres - Alkalmankénti - Soha (megfelelő aláhúzendő)

Áll-e vagy korábban állt pszichiátriai gondozás, kivizsgálás alatt?

Kezelték -e valaha a következő betegségek bármelyikével, vagy voltak -e ilyen betegségre utaló tünetei, panaszai?  
Betegségeit, tüneteit húzza alá!

	Igen	Nem
Szédülés, ájulás, görcsös roham, gyakori fejfájás, beszédzavar, bénulás, agyvérzés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elme vagy idegrendszeri betegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e önnek epilepsziája ill. jelenleg áll-e epilepszia gyanújával kivizsgálás alatt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idült szem,-fül,-orr,- vagy torokbetegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Légzési nehézség, ismétlődő rekedtség vagy köhögés, véres köpet, idült hörgőgyulladás, mellhártyagyulladás, légmell, TBC, egyéb idült tüdőbetegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma, COPD ill. allergiás rhinitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mellkasi fájdalom, erős szívdobogás érzés, magas vérnyomás, szívöreg, szívinfarktus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fordult-e Önnél elő eszméletvesztés vagy történt-e ezzel kapcsolatban kivizsgálás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sárgaság, májfájdalom, gyomorfekély, sérv, vakbélgyulladás, hasnyálmirigy-gyulladás, aranyér, visszatérő emésztési zavarok, epehólyag, epeköbetegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cukor, fehérje, vér vagy gennyes vizelet, nemibetegség, vesekő vagy más vesebeteg, húgyhólyaggyulladás, prostata-betegség, egyéb ivarszervi betegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cukorbetegség, pajzsmirigybetegség vagy egyéb belső- elválasztású mirigy betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ideggyulladás, lumbágó, idegbeccsípődés, reuma, ízületi gyulladás vagy kopás, egyéb izom, ízületi vagy csontrendellenesség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e önnek idült mozgásszervi megbetegedése (reumatoid arthritis, alagút szindróma, csípő-térd artrózis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e önnek idült gerinc megbetegedése vagy történt-e önnél gerinc műtét ill. érte-e önt gerinc sérüléssel járó baleset?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bőrbetegség, allergiás betegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Daganatos betegség, nyirokmirigy betegség, vérszegénység, leukémia vagy limfóma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visszérbetegség, érelzáródás vagy egyéb érbetegség, thrombózis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Változott-e a testsúlya az elmúlt egy év alatt? Mennyivel: nőtt + .....kg, csökkent: - .....kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Előfordult-e a közeli családtagok (szülők, nagyszülők, testvérek) között: TBC, cukorbetegség, daganatos betegség, szívbetegség, magas-vérnyomás, vesebetegség, elemebetegség, öngyilkosság vagy egyéb komolyabb betegség?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Előfordult-e at Ön családjában hirtelen szívhalál vagy 50 év alatti halálozás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Testmagasság: .....cm

Testsúly: .....kg

#### Hölgyeknél:

Első menstruáció: ..... évesen.

Utolsó menstruáció: ..... évesen.

Élveszülés száma: ..... Lefolyásuk (természetes módon, császármetszéssel): .....

Volt-e valaha rendellenes nőgyógyászati vérzése, terhességgel vagy szüléssel kapcsolatos rendellenessége illetve nőgyógyászati betegsége?

Igen  Nem

Részt vett-e az utóbbi 2 évben nőgyógyászati rákszűrésen?

Igen  Nem

Részt vett-e az utóbbi 2 évben emlőszűrésen, mammográfián?

Igen  Nem

Részt vett-e az utóbbi 2 évben csonttritkulás (osteoporosis) szűrésen?

Igen  Nem

Jelenleg terhes-e? Ha igen, hányadik hónapban van? .....

Igen  Nem

**Eltitkolt betegségem nincs. Az általam leírtak megfelelnek a valóságnak. Nyilatkozom arról, hogy a munkáltatótól a tervezett munkakörre szóló orvosi alkalmassági beutalót megkaptam és megismertem a munkakör (munkahely) főbb egészségkárosító kockázatait.**

**Jelen nyilatkozat aláírásával rendelkezek arról, illetve kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy az elkészült foglalkozás-egészségügyi vizsgálati jegyzőkönyveket (drog- és alkoholteszt) a munkáltatónak továbbítsa.**

igen

nem

Csatolt orvosi dokumentumok száma:

Dátum:

Aláírás: