

# ADATLAP

## Orvosi igazolás hajós szolgálati könyvbe történő bevezetéshez

Neve:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye:	
Születési ideje:	
Állampolgársága:	
Állandó lakóhely:	
Értesítési cím:	
Telefon/Fax:	
e-mail címe:	
Szolgálati könyv száma:	

**Az orvosi érvényesség bevezetéshez mellékelni kell:**

orvosi igazolás  
Hajós szolgálati könyv  
Az eljárási díj befizetését igazoló póstai feladóvevényt, banki átutalási bizonylat eredeti példányát

Tudomásul veszem, hogy az orvosi igazolás bevezetése díjköteles melynek mértékét "a hajózási hatósági eljárások díjairól szóló 29/2001. (IX. 1.) KöViM rendelet 3. melléklet 2.e. pontja alapján kerül megállapításra.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek; egyúttal hozzájárulok személyes adataim hajózási hatóságnál történő nyilvántartásához

Dátum:

20

\_\_\_\_\_  
Kérelmező aláírása

Az adatlap leadásának időpontja:

Dátum:

20

\_\_\_\_\_  
Ügyintéző

## ORVOSI IGAZOLÁS

### A belvízi hajós egészségi alkalmasságának minősítéséről

Vezeték és utónév:		Születési idő:	
Anyja születési neve:		Születési hely:	
Állampolgársága:		Személyazonosító okmány száma:	
<b>I.</b>	<b>Látási követelmények</b>		<b>jobb szem</b>
			<b>bal szem</b>
	Távra:		
	Látásjavító eszközzel:		
	Közle:		
	Szürkületi látás:		
	Látótér:		
	Szemmozgások:		
	Színlátás:		
<b>A vizsgálat eredménye:</b>		megfelelő	nem megfelelő
<b>II.</b>	Hallás: a halláskárosodás meghaladja a 30dB-t 500, 1000 és 2000 Hz frekvenciánál		
	jobb fül:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
	bal fül:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
	Hallókészülék szükséges:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
	<b>A vizsgálat eredménye</b>	<input type="checkbox"/> megfelelő	<input type="checkbox"/> nem megfelelő
<b>III.</b>	<b>20 kg súly felemelésének képessége:</b>		
	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
<b>IV.</b>	<b>A részletes vizsgálatok eredményei:</b>		
A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése			
Fedélzeti szolgálatra		<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas
Gépüzemi szolgálatra		<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas
Segédszolgálatra		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése érvényes.....-ig			

.....  
hely, dátum

ph.

.....  
a hajózási hatóság által kijelölt  
orvos aláírása, pecsétje