

Jelentkezési lap jogosítvány/engedély megszerzése vagy meghosszabbítása céljából

Egészségi alkalmasságom elbírálását kérem a következő jogosítvány/engedély megszerzése/érvényesítése céljából: (Húzza alá a megfelelőt!)

gépjárművezető 1 csoport 2 csoport (hivatásos) építőgép kezelő könnyűgépkezelő darukezelő

targoncavezető nehézgépkezelő sporthajó belvízi hajózás (munka)

fegyveres 1. csoport (hivatásos) 2 csoport: sportvadász önvédelmi lőfegyver egyéb

Név:.....Szül.hely:.....év:.....hó:.....nap:.....

TAJ szám:.....Anyja neve:.....

Vezetői engedélyének száma:..... Szem.ig.sz.:.....

Állandó lakhelye:..... Ideiglenes lakhely.....

Munkahelye:..... Foglalkozás:.....

Nyilatkozom, hogy jelen vizsgálat előtt ugyanebből a célból más egészségügyi szolgáltatónál nem voltam a közelmúltban.

Aláírás

Nyilatkozom, hogy jelen vizsgálatához jogosítvánnyal/engedéllyel rendelkezem.

Engedélyszám:..... Korlátozás:.....

Korábbi egészségügyi alkalmasság elbírálója/idő:.....

Munkahelyén üzemorvosi rendelés:	igen	nincs
Történt-e munka alkalmassági vizsgálat-e egy éven belül?	igen	nem
Utolsó vizsgálata óta volt-e 1 hétnél tovább táppénzen,vagy történt-e munkabaleset?	igen	nem
Volt-e katona?	igen	nem
Ha nem, miért nem?.....		
Hány éves korában kapta első vezetői engedélyét?.....		
Sportol-e rendszeresen (heti 4 óránál több)?	igen	nem
Fennáll-e Önnél rokkantság vagy tartós egészségkárosodás?	igen	nem
Mértéke:.....		
Van-e olyan betegsége, amellyel az elmúlt 5 év során folyamatos orvosi gondozás - 2 héten túli - alatt állt?	igen	nem
Ha igen, mikor és milyen betegséggel?.....		
Részesült-e kórházi ellátásban az elmúlt 5 évben?	igen	nem
Ha igen, mikor és milyen betegséggel?.....		
Gyógyszert szed-e rendszeresen?	igen	nem
Ha igen, mely gyógyszer(eke)t?.....		
Volt-e tartós szédülése az elmúlt 5 évben?	igen	nem
Előfordul-e eszméletvesztése az elmúlt 5 évben?	igen	nem

1. Látás

Volt-e látásélesség romlása az elmúlt 1 évben?	igen	nem
Használ-e korrekciós eszközt (szemüveg, kontaktlencse)? a megfelelő rész aláhúzendő nem állandóan távollátáshoz		
Valamelyik szemére tompalátó e?	igen	nem
Van-e látótér szűkülete, ill. látótér kiesése?	igen	nem
Van-e színlátás zavara?	igen	nem
Van-e kettős látása?	igen	nem
Tapasztal-e látásromlást megváltozott fényviszonyok között, pl. esti szürkületben?	igen	nem
Történt-e Önnél korrekciós szemműtét vagy látásjavító műtét?	igen	nem
szürke hályog zöld hályog lézeres szem műtét		

2. Hallás

Gondozzák-e bármilyen fülbetegséggel?	igen	nem
Van-e ismert halláskárosodása?	igen	nem
Tapasztalt-e hallásromlást az elmúlt évben?	igen	nem

3. Mozgáskorlátozottság

Végeztek-e Önnél nyaki gerinc szakaszt érintő műtétet?	igen	nem
Van-e nyaki gerinc szakaszon mozgáskorlátozottsága?	igen	nem

4. Szív-érrendszer

Van-e ismert szív-ingerületvezetési zavara?	igen	nem
Gondozzák-e Önt szívritmus zavarral?	igen	nem
Gondozzák-e Önt angina pectoris-al?	igen	nem
Volt-e Önnek Heveny Szívér Keringési zavara az elmúlt 5 évben pld. szívinfarktus /anginás rohama?	igen	nem
Van-e pacemakere (vagy szívritmus-szabályzója)?	igen	nem

5. Cukorbetegség

Kezelik-e Önt cukorbetegséggel?	igen	nem
---------------------------------	------	-----

Amennyiben igen:

Volt-e az elmúlt 12 hónapban hipoglikémiás rohama?	igen	nem
Van-e vércukormérő eszköze?	igen	nem
Vezet-e vércukorszint mérőnaplót?	igen	nem
Milyen gyakran méri vércukorszintjét? (a megfelelő aláhúzendó) naponta hetente 1-2x havonta		
Volt-e gondozáson (házi orvos/diabetes gondozó) az elmúlt 3 hónapban?	igen	nem
Volt-e 1 éven belül szemfenék-vizsgálaton?	igen	nem
Tisztában vagyok a hypoglikémia bevezető tüneteivel és kockázataival. Az erre vonatkozó tájékoztatást megkaptam házi orvosomtól/kezelő orvosomtól.	igen	nem

6. Idegrendszeri betegség

Gondozzák-e olyan betegséggel, amely a tudatállapot hirtelen megváltozásával jár?	igen	nem
Gondozzák-e az elmúlt 10 év során epilepsziával?	igen	nem
Volt/van-e bármilyen idegrendszeri tünete (szédülés, fülzúgás, zsibbadás, bémulás, egyensúly zavar, érzéskimaradás, funkciózavar, mozgás-koordinációs probléma)?	igen	nem
Volt-e valaha agyrázkódása, eszméletvesztése?	igen	nem

7. Alvás

Van-e éjszakai légzészavara?	igen	nem
Erős horkolás?	igen	nem
Volt-e alvás diagnosztikai szűrésen?	igen	nem
Észlelte-e már, hogy vezetés közben elaludt vagy elbóbiskolt?	igen	nem

8. Mentális állapot

Gondozzák-e pszichiátriai gondozóban ill. áll-e jelenleg pszichiátriai kivizsgálás alatt?	igen	nem
---	------	-----

9. Alkohol fogyasztás

Áll-e/állt-e alkohol függőségi gondozás alatt?	igen	nem
--	------	-----

10. Pszichotrop anyagok

Használ-e rendszeresen pszichotrop anyagokat (kábitószer, élénkítő szer, altató, nyugtató, szorongáscsökkentő)	igen	nem
--	------	-----

11. Vese-rendellenességek

Áll-e bármilyen vesebetegséggel gondozás alatt? igen nem

12. Légzőszervi megbetegedés

Kezelik-e Önt Asthma Bronchialae-val? igen nem

Volt-e az elmúlt fél évben fulladással, erős köhögéssel járó légzési nehézsége? igen nem

13. Egyéb rendelkezések

Volt-e valaha szervátültetése, implantációja? igen nem

Vezetési anamnézis

Idézett-e elő személyi sérüléssel járó balesetet? igen nem

*Van-e eltitkolt betegsége? igen nem

Egyéb közölnivalója:.....

.....

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek.
Kijelentem, hogyha észlelem magamon a fentiek valamelyikének romlását illetve rosszabbodását,
azonnali hatállyal kérem a felülvizsgálatomat!**

Hely:, 20....

Kérelmező aláírása:.....