JELENTKEZÉSI LAP

Gépjárművezetői-, kishajó vezetői- és fegyverviselési egészségügyi alkalmassági orvosi vizsgálathoz

Név:.............................................................. születési hely:.................... ideje:.......…………..………..............

Vezetői engedélyének száma:..........…………....................szem.ig.száma:................................……….............

Állandó lakcíme:...........................................………….................................….........................………….........

Ideiglenes lakcíme:..........................................................................................…………...…………..................

Munkahely neve és címe:..................................................…………..............................………….....................

Foglalkozása:...................……............................. Iskolai végzettsége:...…….......................……….............…

1. csoportba kéri 2.csoportba kéri

Van a munkahelyén üzemorvosi rendelés?. igen – nem

Vizsgálták egy éven belül?. igen – nem

Utolsó vizsgálata óta volt-e beteg vagy sérült?. igen – nem

Volt katona?......... igen – nem Ha nem, miért nem .......................………..............………..……..…………….

Hány éves korában kapta az első vezetői engedélyét?.........................………...............……..............….….….. Sportol rendszeresen? Igen – nem ..alkalomszerűen rendszeresen ………………….………..…….………….. Volt komolyabb megbetegedése?................... igen - nem. Ha igen, mi?...……......……………..…................... Volt sérülése?...............................................igen - nem Ha igen, mi?......…………….………............................

Kezelték kórházban? igen – nem

Tud veleszületett betegségéről? igen – nem

Tud szerzett betegségéről vagy egészségkárosodásáról?… igen – nem

Szed gyógyszert?. nem - alkalomszerűen - rendszeresen

Szed altatót-, nyugtatót- vagy tudatmódosító szert?. igen – nem

Előfordul tartós szédülése? igen – nem

Előfordul eszméletvesztése?. igen – nem

Jó látása van? igen – nem

Visel szemüveget?. nem – állandóan – távollátáshoz - olvasáshoz

Előfordul látásának elhomályosodása?. igen – nem

Részesült alkoholelvonó kezelésben?. igen – nem

Idézett elő személyi sérüléssel járó balesetet? igen – nem

Egyéb közölnivalója:........................................................................….............………………..........................

.............................................................................................................................………….........…………….....

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek és nem titkolok el semmi olyan tényt vagy körülményt, ami egészségügyi alkalmasságomat befolyásolná.

..................................... ,20................................................... hó. nap

a kérelmező aláírása