

KÉRDŐÍV ELŐZETES ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATHOZ

NÉV	Telefonszám:
SZÜL . HELY ÉS IDŐ:	Leánykori név
Anyja Neve:	Családi állapota:
LAKCÍM:	
TAJ SZÁM	Iskolai végzettség
Munkahely:	Munkakör

Dolgozott-e valaha a következő munkahelyi expozíciók valamelyikében:

Nehéz fizikai munka	IGEN	NEM
Zaj	IGEN	NEM
Poros munkahely	IGEN	NEM
Egészségre ártalmas vegyi anyagok	IGEN	NEM
Rákkeltő anyagok	IGEN	NEM
Volt-e bejelentve foglalkozási betegséggel vagy fokozott expozícióval?	IGEN	NEM
Tud-e allergiás betegségeről?	IGEN	NEM
Ha igen akkor sorolja fel amire allergiás.		
Tud-e gyógyszer allergiáról?	IGEN	NEM
Szed- e valamilyen gyógyszert, ha igen sorolja fel		
Hölgyeknél: Jelenleg terhes-e?	IGEN	NEM
Dohányzik?	IGEN	NEM
Fogyaszt- e rendszeresen alkoholt?	IGEN	NEM
Fogyaszt, vagy fogyasztott-e valaha kábítószer?	IGEN	NEM
Volt-e valaha 30 napnál hosszabb táppénzes állománya?	IGEN	NEM
Volt-e valaha balesete, törése, ficama?	IGEN	NEM
Ha volt sorolja fel feltüntetve az évet is ha tudja		
Volt-e valaha műtétje?	IGEN	NEM
Ha volt sorolja fel, feltüntetve az évet is ha tudja		

Rendelkezik-e bizottsági határozattal munkaképesség csökkenésről, leszázalékolásról?	IGEN	NEM
Ha igen kérjük utólag bemutatni!		
Hajlamos-e ájulásra, egyensúlyzavarra szédülésre ?	IGEN	NEM
Szenved, vagy szenvedett e valaha az alábbi betegségek valamelyikében:		
Vérszegénység, vagy egyéb vérképzőszervi betegség	IGEN	NEM
Asztma, Tüdőbetegség	IGEN	NEM
Légzési nehézség, tartós hosszantartó köhögés	IGEN	NEM
Magas vérnyomás	IGEN	NEM
Bármilyen szívfejlődési rendellenesség vagy szívbetegség	IGEN	NEM
Van-e Pacemakere (pésméker)	IGEN	NEM
Eszméletvesztés, epilepsiás görcsroham	IGEN	NEM
Vesebetegség , Máj betegség	IGEN	NEM
Cukorbetegség	IGEN	NEM
Nyakkal, háttal, gerinccel kapcsolatos problémák	IGEN	NEM
Térd, boka csípő, kéz, vagy egyéb ízületekkel kapcs. problémák	IGEN	NEM
Hallásvesztés, halláskárosodás, sükettség	IGEN	NEM
Látásával kapcsolatos problémák, színtévesztés	IGEN	NEM
Emésztési problémák, fekély vagy bélbetegségek	IGEN	NEM
Elmebetegségek, Pszichiátriai kezelések	IGEN	NEM
Depresszió, alvászavar, bezártság érzés	IGEN	NEM
Egyéb idegrendszeri betegség	IGEN	NEM
Bőrbetegség	IGEN	NEM
Pajzsmirigybetegség	IGEN	NEM
Viszér betegség	IGEN	NEM
Volt-e trombózis, szed -e vérhígító készítményt	IGEN	NEM
Immunhiányos betegségben fertőző betegségben (HIV pozitív)	IGEN	NEM

Hozzájárulok, hogy az orvosi szolgálat az alkalmassági vizsgálat keretein belül a szükséges és alább felsorolt vizsgálatokat elvégezze: teljeskörű fizikális vizsgálat, látás, hallás vizsgálat, vérvétel, vizelet vizsgálat. Hozzájárulok továbbá, hogy a DÖR által védett adataimat az egészségügyi szolgáltató az EESZT-ben megtekintse és kezelje.

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá eltitkolt betegségem nincs. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közzétételéből származó egészségkárosodásért a munkáltató és a foglalkozás-egészségügyi szolgálat nem tehető felelőssé.

A közzétételre az orvosi titoktartás szabályai vonatkoznak, így az Ép-ORV Kft. orvosi szolgálata szavatolja az adatok bizalmasan, a Magyar jogszabályokban meghatározott adatvédelmi eljárás szerinti kezelését.

Dátum:

Aláírás: