



Egészségügyi törzslap

Kérjük minden kérdésre válaszoljon. Nyomtatott nagybetűvel írjon!

Név:..... Munkahely:

Születési hely és idő:..... TAJ szám:..... Elérhetőség:.....

Anyja leánykori neve:.....

Lakcíme:.....

1. Előfordult a családjában valamilyen krónikus megbetegedés?

(pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, daganat, pszichés probléma, légzőszervi betegség)

Anyja:.....

Apa:.....

Más családtag:.....

2. Van tudomása valamilyen allergiáról (pl: étel, ital, gyógyszer, vegyszer)?

Igen és pedig: Nem

3. Volt valamilyen műtete (pl: mandula, vakbél), baleset (pl: csonttörés), ill. korábbi betegsége?

(pl: bárányhimlő, rózsahimlő, mumps stb.)

Igen és pedig: Nem

4. Volt valaha eszméletvesztése, ájulása, epilepsziás görcse?

Igen Nem

5. Jelenleg van-e valamilyen betegsége? Rendszeres gondozás alatt áll-e valamilyen betegség miatt?

(magas vérnyomás, cukorbetegség, szívritmus zavar stb.)

Igen Nem

6. Van valamilyen pszichés problémája, mentális betegsége?

Igen Nem

7. Szed rendszeresen gyógyszert (fogamzásgátló, vérnyomás csökkentő stb.)?

Igen Nem

8. Dohányzik?

Igen Nem

9. Fogyaszt alkoholt?

Igen Nem

10. Van jogosítványa?

Igen Nem

11. Van fegyvertartási engedélye?

Igen Nem

12. Részesült Hepatitis-B elleni védőoltásban? Igen Nem

Kijelentem, hogy eltitkolt betegségem nincs. Amennyiben egészségi állapotomban változás áll be, orvosi vizsgálatra jelentkezem. Hozzájárulok, hogy alkalmassági minősítésemet a PTE-vel tudassák.

Dátum:

Aláírás