Jelentkezési lap

Foglalkozás-egészségügyi vizsgálatra

Név: ……………………………………………………………………………………………….

Születés hely, idő: ……………………………………………………………………………………………….

Állandó lakhely: ……………………………………………………………………………………………….

Legutóbbi munkahelye, munkaköre: ……………………………………………………………………………………………….

Ott eltöltött idő (év/hónap): ……………………………………………………………………………………………….

Üzemorvos vagy háziorvos vizsgálta-e egy éven belül: igen nem

Utolsó vizsgálata óta volt-e beteg, sértült-e? igen nem

Testsúly: ……………. kg / Testmagasság: ……………… cm

Dohányzik-e? nem ……. szál/nap

Sportol-e? nem alkalomszerűen rendszeresen

rAllergiája (gyógyszer, vegyszer és egyéb) van-e? igen nem

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

Előző lényegesebb betegségek, műtétek, belesetek? igen nem

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

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

Betegsége miatt tartós orvosi kezelés alatt áll-e? igen nem

Rendszeresen gyógyszert szed-e? igen nem

Jó hallása van-e? igen nem

Visel-e szemüveget? nem távolra olvasáshoz

Előfordul-e:

komolyabb bőrbetegsége? igen nem

komolyabb gerinc-, vagy ízületi panasza? igen nem

szívpanasza (ritmuszavar, mellkasi fájdalom)? igen nem

légzőszervi panasza (asthma, fulladás, nehézlégzés)? igen nem

komolyabb máj, vese, bélrendszeri panasza? igen nem

tartós szédülése, eszméletvesztéses rosszulléte? igen nem

Egyéb közölnivalója:

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

………………………………….., 2023…………………………….

 ……………………………………………..

 jelentkező