

HÁZIORVOSI KÉRDŐÍV

Tisztelt Háziorvos Asszony / Úr!

Alulírott nevű (születési név is)

születési hely, idő (év, hó, nap):

anyja születési neve:

lakcíme:

alatti lakos kérem, hogy rendészeti oktatási intézménybe történő jelentkezés előtti támogatási szerződés megkötése előtti egészségi és pszichikai alkalmassági vizsgálatához az egészségi és pszichikai állapotomra vonatkozó adatokat az alábbi kérdőív kitöltésével közölni szíveskedjen.

Az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adataim közléséhez hozzájárulok.

Dátum:

.....
Szülő, vagy gondviselő aláírása

.....
jelentkező aláírása

(ha a jelentkező még nem töltötte be a 18. életévét)

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):

szív- és érrendszeri betegség: magas vérnyomás:

allergia, szénanátha: tüdő- és mellhártyagyulladás, tüdőasztma:

tüdőgümőkór (tbc): mozgásszervi betegség:

fekélybetegség (gyomor, bél): májbetegség:

cukorbetegség: szem-, fülbetegség:

idegkimerültség: szédülés:

fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C):

nemi betegség: urológiai betegség:

.....
nőgyógyászati betegség: egyéb betegség:

Volt-e, van-e pszichológiai problémája vagy ideg-, pszichiátriai betegsége (epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb):

Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag sérülés) és mikor:

Volt-e eszméletvesztése, görcsroham, ágybavizelése:

.....
Volt-e, van-e beszédzavara, írási, olvasási vagy számolási problémája:

.....
Volt-e öngyilkossági kísérlete (mikor, hogyan):

.....
Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért):

.....
Kezelték-e ideggyógyászaton, pszichiátriai intézetben (mikor, miért):

.....
Szedett-e, illetve szed-e rendszeresen gyógyszert (mit, miért):

.....
Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért):

.....
Fogyasztott-e kábítószer, drogot:

.....
Fogyaszt-e alkoholt, soha, alkalmoszerűen, naponta (mit, mennyit):

.....
hetente (mit, mennyit): Volt-e alkoholelvonó kezelésen (mikor):

.....
Van-e tériszonya: Van-e félelme zárt helyen tartózkodástól:

.....
Fél-e, illetve iszonyodik-e vértől, halottól, tűztől, víztől, egyébtől:

.....
Van-e jogosítványa (milyen egészségi alkalmassági csoportra):

Sportolt, illetve sportol-e rendszeresen (mit, milyen gyakran):

.....
Volt-e beteg az elmúlt egy évben (mikor, mi baja volt):

Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor, miért):

Megállapítottak-e egészségkárosodást (hány %):

.....
Dátum:

.....
választott háziorvos aláírása
orvosi bélyegző és egészségügyi szolgáltató
bélyegzőjének lenyomata