

JELENTKEZÉSI LAP

gépjárművezetői egészségi alkalmassági orvosi vizsgálatra

Név: _____ Szül.helye: _____ ideje: _____

Vezetői engedélyének száma: _____

Szem.ig.szám: _____

Állandó lakóhelye: _____

Ideiglenes lakóhelye: _____

Munkahelye és címe: _____

Foglalkozása: _____ Iskolai végzettsége: _____

1. csoportba kéri

2. csoportba kéri

Munkahelyén üzemorvosi rendelés _____ van - nincs

Vizsgálták-e egy éven belül? _____ igen – nem

Utolsó vizsgálata óta volt-e beteg, sérült-e? _____ igen – nem

Volt-e katona : igen – nem. Ha nem ,miért nem : _____

Hány éves korában kapta első vezetői engedélyét: _____

Sportol-e: igen – nem Sérülése volt-e: igen – nem

Kezelték-e kórházban? _____igen – nem

Tud-e veleszületett betegségről? _____

Tud-e szerzett betegségéről vagy egészségkárosodásról? _____

Gyógyszert szed-e? _____ nem ; alkalmyszerűen ; rendszeresen

Altatót, nyugtatót szed-e? _____nem ; alkalmyszerűen ; rendszeresen

Előfordult-e tartós szédülése? _____

Előfordult-e eszméletvesztése? _____

Jó látása van-e? _____

Visel-e szemüveget? _____ állandóan; távolra ; olvasáshoz

Előfordult-e látásának elhomályosulása? _____

Részesült-e alkoholelvonó kezelésben? _____

Idézett-e elő személyi sérüléssel járó balesetet? _____

Egyéb közölnivalója? _____

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek.

_____, _____ év _____ hó _____ nap

Kérelmező aláírása