



PROTOKOL O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE

- uchádzača o základný parašutistický výcvik a praktický zoskok padákom*



Priezvisko: _____ Meno: _____

Dátum narodenia: _____ Číslo preukazu poistenca: _____

Bydlisko: _____ tel.č. _____

Osobná anamnéza:

Prekonali ste v minulosti alebo máte v súčasnosti zdravotné problémy charakteru nižšie uvedených skupín? Ak áno, v poznámkach rozveďte bližšie!

Duševné choroby:	áno-nie
Alkoholizmus, liekovú alebo drogovú závislosť:	áno-nie
Záchvatové ochorenia /epilepsia, kŕčové stavy a pod./:	áno-nie
Silné bolesti hlavy:	áno-nie
Poruchy zmyslových orgánov /najmä zrak a sluch/:	áno-nie
Alergie:	áno-nie
Závrate a stav bezvedomia:	áno-nie
Choroby - srdcovo-cievne:	áno-nie
- dýchacej sústavy:.....	áno-nie
- tráviaceho traktu:.....	áno-nie
- močovo-pohlavného systému:	áno-nie
- pohybového aparátu:	áno-nie
- metabolické /cukrovka, dna .../	áno-nie
Úrazy:	áno-nie
U žien prítomnosť tehotenstva:	áno-nie

Iné: _____ Rodinná anamnéza:

Vyskytli sa v rodine závažnejšie choroby? Uveďte aké! _____

Sociálna anamnéza:

Povolanie: _____ Zamestnanie: _____

Problémy sociálne, rodinné, atď.

Abuzy:

Alkohol: _____ Káva: _____ Drogy: _____

Cigarety: _____ Lieky: _____

Prehlasujem, že som nezamlčal žiadne údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a všetky sú pravdivé.

V _____ dňa _____

podpis žiadateľa

V prípade neplnoletosti žiadateľa _____

podpis zákonného zástupcu

Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o Základný parašutistický výcvik sa požaduje v zmysle zákona 164/1997 Zbierky, Príloha č.1 časť I. (zdravotná spôsobilosť na vedenie motorového vozidla).

Dátum: _____ pečiatka a podpis lekára:

* nehodiace sa prečiarknite