Corpus Sanus Egészségügyi Alapellátó Betéti Társaság
4031 Debrecen, Nyugati u. 5-7. ✉ 4002 Debrecen, Pf. 248.

PRAXIS Orvosi Rendelő
4031 Debrecen, Nyugati u. 5-7.
☎ 52 531 - 411, 531 - 414, Fax: 52 531 - 413
E-mail: praxisrendelo@praxisrendelo.hu Web: www.praxisrendelo.hu

JELENTKEZÉSI LAP

gépjárművezetői-, vízi jármű vezetői- és lőfegyver-viselési egészségi alkalmassági orvosi vizsgálatra

SZEMÉLYES ADATOK

NÉV:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	NEME:	nő ☐ férfi ☐
SZÜLETÉSI NÉV:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	SZÜLETÉSI HELY:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ANYJA NEVE:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	SZÜLETÉSI IDŐ:	_ _ _ _ . _ _ . _ _ .
ÁLLAMPOLGÁRSÁG:	magyar / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	TAJ SZÁM:	_ _ _ - _ _ _ - _ _ _
ÁLLANDÓ LAKCÍM:	irányítószám: _ _ _ _ _ _ _ _	város:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
utca, házszám, emelet, ajtó:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	TELEFONSZÁM:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ÉRTESÍTÉSI CÍM:	irányítószám: _ _ _ _ _ _ _ _	város:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
utca, házszám, emelet, ajtó:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	MOBIL SZÁM:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ISKOLAI VÉGZETTSÉG:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	FOGLALKOZÁS:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SZEMÉLYAZONOSSÁGOT IGAZOLÓ OKMÁNY

TÍPUSA	☐ személyi igazolvány ☐ útlevél ☐ jogosítvány	SZÁMA	_ _	ÉRVÉNYESSÉGE	_ _

☐ **GÉPJÁRMŰVEZETŐI EGÉSZSÉGI ALKALMASSÁG VIZSGÁLATA ESETÉN**

gépjárművezető				**vagy**	**gépjárművezető-jelölt**			
1. csoport (úrvezető)				**vagy**	**2. csoport (hivatásos)**			
AZ ALÁBBI KATEGÓRIÁ(K)RA KÉRI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁT								
A1	**A**	**B1**	**B**	**C1**	**C**	**D1**	**D**	**TR**
A2	**A korl.**	**B korl.**	**B + E**	**C1 + E**	**C + E**	**D1 + E**	**D + E**	

☐ **KEDVTELÉSI CÉLÚ BELVÍZI VÍZIJÁRMŰ VEZETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES EGÉSZSÉGI ALKALMASSÁG VIZSGÁLATA ESETÉN**

AZ ALÁBBI KATEGÓRIÁRA KÉRI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁT		
kedvtelési célú kishajó	**és**	**gépi meghajtású vízi sporteszköz**

☐ **LŐFEGYVERVISELÉSI EGÉSZSÉGI ALKALMASSÁG VIZSGÁLATA ESETÉN**

AZ ALÁBBI KATEGÓRIÁRA KÉRI ALKALMASSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁT		
I. csoport **munkavégzés és hivatásszerű használat**	**vagy**	**II. csoport** **sport, vadászat, önvédelem**

VIZSGÁLTÁK-E EGY ÉVEN BELÜL? igen ☐ nem ☐

VOLT-E AZ UTOLSÓ VIZSGÁLATA ÓTA BETEG, SÉRÜLT? igen ☐ nem ☐

SPORTOL-E? igen ☐ nem ☐; alkalomszerűen ☐ rendszeresen ☐

ELSZENVEDETT-E KOMOLYABB SÉRÜLÉSEKET ÉS MIKOR (TÖRÉSEK, NAGYOBB SEBZÉSEK, STB)?

nem volt komolyabb sérülésem ☐

volt komolyabb sérülésem ☐ sérülés: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ időpont: _ _ _ _ év
sérülés: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ időpont: _ _ _ _ év

KÉREM, JELÖLJE MEG KORÁBBI MŰTÉTJEINEK TÍPUSAIT ÉS IDŐPONTJÁT!

nem volt műtétem ☐

volt műtétem ☐ műtét: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ időpont: _ _ _ _ év

KÉREM, NEVEZZE MEG AZOKAT A BETEGSÉGEKET, MELYEKBEN A MÚLTBAN SZENVEDETT, VAGY JELENLEG IS GONDOZÁS ALATT ÁLL!

magasvérnyomás-betegség ☐ szívroham ☐ szívritmuszavar ☐ angina pectoris ☐ agyi keringészavar ☐ agyvérzés, agylágyulás ☐ epilepszia ☐ eszméletvesztéssel járó állapot ☐ rosszindulatú daganatos betegség ☐ cukorbetegség ☐ kedélybetegség ☐ személyiségzavar ☐ szellemi leépülés, demencia ☐ alkoholfüggőség ☐ drogfüggőség ☐ zöldhályog ☐ szürkehályog ☐ halláscsökkenés ☐ mozgáskorlátozottság ☐ vesebetegség ☐ szervátültetés ☐

más megbetegedés: _

TUD-E VELESZÜLETETT BETEGSÉGRŐL? igen ☐ nem ☐

TUD-E SZERZETT BETEGSÉGRŐL VAGY EGÉSZSÉGKÁROSODÁSRÓL? igen ☐ nem ☐

KÉREM, NEVEZZE MEG ÁLLANDÓAN SZEDETT GYÓGYSZEREIT:

Nincs állandó gyógyszerem ☐

Rendszeresen szedek gyógyszereket ☐ gyógyszernév: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ adagolás: _ _ _ _
gyógyszernév: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ adagolás: _ _ _ _
gyógyszernév: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ adagolás: _ _ _ _

Időszakosan szedek gyógyszereket ☐ gyógyszernév: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ adagolás: _ _ _ _
gyógyszernév: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ adagolás: _ _ _ _
gyógyszernév: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ adagolás: _ _ _ _

ALTATÓT, NYUGTATÓT SZED-E? nem ☐ alkalomszerűen ☐ rendszeresen ☐

ELŐFORDUL-E TARTÓS SZÉDÜLÉSE? igen ☐ nem ☐

ELŐFORDUL-E ESZMÉLETVESZTÉS? igen ☐ nem ☐

JÓ-E A LÁTÁSA? igen ☐

nem ☐ szemüveget vagy kontaktlencsét viselek olvasáshoz ☐ távollátáskor ☐ állandóan ☐

SZÍNLÁTÁS? jó ☐ nem jó ☐ a _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ színt tévesztem

ELŐFORDUL-E LÁTÁSÁNAK ELHOMÁLYOSULÁSA? igen ☐ nem ☐

VETT-E RÉSZT ALKOHOLELVONÓ KEZELÉSEN? igen ☐ nem ☐

IDÉZETT-E ELŐ SZEMÉLYI SÉRÜLÉSSEL JÁRÓ BALESETET? igen ☐ nem ☐

EGYÉB KÖZÖLNIVALÓJA: _

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

- 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról 6 §. (2) pont, vagy a
- 21/2002. (XI. 8.) GKM–ESZCSM együttes rendelet a hajózási egészségi alkalmasság feltételeiről és vizsgálati rendjéről 3 §. (3) pont, vagy a
- 22/1991. (XI. 15.) NM rendelet a kézi lőfegyverek, lőszerek, gáz- és riasztófegyverek megszerzésének és tartásának egészségi alkalmassági feltételeiről és vizsgálatáról 1 §. (4) pont értelmében,

amennyiben az orvosi alkalmassági vizsgálat után egészségi állapotomban olyan állapotváltozást észlelek, amely a közúti járművezetésre / belvízi vízi jármű vezetésre / lőfegyver-viselésre egészségi szempontból átmenetileg vagy véglegesen alkalmatlanná tehet, illetőleg azt befolyásolhatja, köteles vagyok vizsgálat elvégzésére az első fokon vizsgálatra jogosult orvosnál rendkívüli orvosi alkalmassági vizsgálatra jelentkezni.

Debrecen, _ _ _ _. _ _. _ _.

____

vizsgálatra jelentkező aláírása