

ANAMNÉZIS LAP

NEPTUN KÓD:

SZAK:

MUNKAREND: nappali/levelező

NÉV:	SZÜLETÉSI HELY:	SZÜLETÉSI IDŐ:
ANYJA NEVE:	LAKCÍM:	TELEFONSZÁM:
BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ:		E-MAIL:

Családi anamnézis

Aláhúzással jelölje, hogy a következő betegségek közül melyek fordultak elő a családjában.

cukorbetegség / magasvérnyomás / vérékenység / sárgaság / alkoholizmus / TBC / asztma /
pszichiátriai betegség / daganatos megbetegedés

Amennyiben szükséges, kérjük, részletezze:

Korábbi betegségek, kórházi ellátások

Aláhúzással jelölje, hogy a következő betegségek közül szenved(ett)-e valamelyikben.

májgyulladás / szifilisz / AIDS / herpesz / egyéb fertőző betegség / egyéb:

.....

Részesült-e korábban kórházi ellátásban? (sebészeti beavatkozások, törések, stb) igen / nem

Amennyiben igen, kérjük, hogy sorolja fel a legfontosabb kórházi ellátásait a kórok és az időpont (év) megjelölésével.

<p>Dohányzás (húzza alá): igen/nem db cigaretta naponta</p>	<p>Alkoholfogyasztás (húzza alá): soha / havonta egyszer / hetente egyszer / hetente többször</p>	<p>Fizikai aktivitás (húzza alá): aktív / közepesen aktív / otthonülő</p>
--	--	--

Jelenlegi állapot

magasság: cm	testsúly: kg	vérnyomás:/..... Hgmm
--------------------	--------------------	-----------------------------

Van-e bőrgyógyászati problémája? (húzza alá) igen / nem

Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje a probléma típusát:
gyulladás / ekcéma / pszoriázis / egyéb:

Látás: Visel-e szemüveget vagy kontaktlencsét? igen / nem

Más szemészeti problémája van-e?

Hallás: Van-e hallásromlása? jobb oldalon / bal oldalon

Visel-e hallókészüléket? jobb oldalon / bal oldalon

Szed-e rendszeresen gyógyszert/gyógyszereket? igen / nem (vényköteles, vagy nem vényköteles)

Amennyiben igen, kérjük, tüntesse fel a szedett gyógyszert/gyógyszereket.

Krónikus betegségek

Igényel-e rendszeres orvosi ellátást valamilyen okból? (húzza alá) igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, részletezze.

ANAMNÉZIS LAP

Van-e pszichés betegsége? igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje a probléma típusát:

gyakori sírás / szorongás / alvászavar / kimerültség / depresszió / más:

Volt-e már eszméletvesztéssel járó rosszullete? igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, részletezze.

Allergiája van valamire? igen /nem

Amennyiben igen, kérjük, aláhúzással jelölje az allergia típusát:

pollenre / gyógyszerekre / élelmiszerre / másra:

Amennyiben gyógyszerérzékenysége van, kérjük, részletezze:

Védőoltások: Kérjük jelölje, ha a következő oltások közül valamelyiket megkapta

Hepatitis B (Engerix B, HBVaxII, HBVaxPro)	igen / nem /nem biztos benne	Időpont (év, hónap)
--	------------------------------	---------------------

Hepatitis A (Havrix, Vaqta, Avaxim)	igen / nem /nem biztos benne	Időpont (év, hónap)
-------------------------------------	------------------------------	---------------------

Kombinált vakcina (HepA és B, Twinrix)	igen / nem /nem biztos benne	Időpont (év, hónap)
--	------------------------------	---------------------

Kérjük, részletezze, amennyiben a fentiekben túlmenően az egészségi állapotával kapcsolatosan bármilyen egyéb tájékoztatást kíván adni.

Kijelentem, hogy minden, az általam ismert, egészségügyi állapotomra vonatkozó információt, adatot fentebb feltüntettem, és azok a valóságnak megfelelnek, továbbá az egyetemi tanulmányaim alatt fellépő fertőző, valamint súlyosabb nem fertőző betegséget a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatnál bejelentem.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálat a tudomására jutott egészségügyi adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, továbbá a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelete (2016. április 27.) szigorú rendelkezéseinek megfelelően kezeli.

Budapest, 2023.

aláírás

HÁZIORVOSI NYILATKOZAT

<input type="checkbox"/> ÁOK	<input type="checkbox"/> FOK	<input type="checkbox"/> GYTK	<input type="checkbox"/> ETK	<input type="checkbox"/> EKK	<input type="checkbox"/> PAK
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

NÉV:	SZÜLETÉSI HELY:	SZÜLETÉSI IDŐ:
ANYJA NEVE:	LAKCÍM:	TELEFONSZÁM:
BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ:		E-MAIL:

Fent nevezett háziiorvosa, ezennel nyilatkozom arra vonatkozóan, hogy betegem (a megfelelő aláhúzendó):

- Krónikus fertőző, illetve nem fertőző betegség miatt kezelésem alatt nem áll, illetve nem állt.
- Az alábbi krónikus betegség miatt állt kezelésem alatt. (BNO kód megadásával)

Egészségi állapota nem zárja ki, hogy egészségügyi felsőoktatási tanulmányokat folytasson.

Kelt,

aláírás, pecsét

Egészségügyi nyilatkozat

(Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók, tanulók számára)
(2. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez)

I. Munkavállaló/tanuló/munkanélküli/munkát végző személy (a továbbiakban együtt: vizsgált személy)

Neve:
Címe:
Születési helye, ideje:
TAJ száma:
Munka/tevékenységi köre:

II. Munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasságot elbíráló orvos

Neve:
Címe:
Telefonszáma:

III. A vizsgált személy nyilatkozata
Alulírott kötelezem magam arra, hogy

1. az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál soronkívüli alkalmassági vizsgálaton jelentkezem, ha magamon vagy velem közös háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem:

sárgaság,
hasmenés,
hányás,
láz,
torokgyulladás,
bőrkiütés,
egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés stb. is)
váladékozó szembetegség, fül- és orrfolyás;

2. az alkalmassági vizsgálatot végző orvossal a munka felvétele előtt közlöm, ha időszakos távollétem alatt (pl. szabadság) az 1. pontban felsorolt tünetek bármelyikét magamon észleltem.
Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás járványügyi érdekből kiemelt munkakörben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Kelt:

.....
vizsgált személy aláírása

SEMMEIWEIS EGYETEM

Nyilatkozat

Alulírott:

Név:

Szül. hely, idő:

TAJ-szám:

az alábbiak szerint nyilatkozom:

Vállalom – a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 14. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelően –, hogy amennyiben egészségi állapotomban változás következik be, azt kivizsgálatom, és HIV fertőzés, HCV vagy HBV vírushordozás esetén a szervezeti egységem munkáltatói jogkörrel felruházott vezetőjét, valamint a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatot haladéktalanul tájékoztatom, tekintettel arra, hogy a következő tevékenysége(ke)t végzem*:

- testüregben történő sebészi beavatkozások, melyek során a testüregben egyidejűleg van jelen a kéz vagy ujjak, tű és éles eszközök,
- abdominalis, cardiothoracalis, orthopédiai műtétek,
- szüléslevezetés, császármetszés,
- illesztéssel járó véres traumatológiai műtétek, kiterjedt nagyfokú égési sérülések sebészi ellátása,
- orális, periorális szövetek, fogak kezelése, metszése, eltávolítása, melyek kapcsán vérzés léphet fel.

Tudomásul veszem, hogy a fentebb meghatározott fertőzésem, illetve vírushordozásom esetén a felsorolt tevékenységeket nem végezhetem.

Kelt:

.....
nyilatkozattevő

* A megfelelő(ke)t aláhúzással kell jelölni! (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 2. sz. melléklete alapján)

⁶⁷ Módosította a K./33/2017. (IX. 29.) számú kancellári határozat. Hatályba lépés napja: 2017. X. 03.