|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏ÁOK | 🞏FOK | **⌧ GYTK** | 🞏ETK | 🞏EKK | 🞏PAK |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 / vérzékenység / 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. | | |
| **Dohányzás** (húzza alá):  igen/nem  ............. db cigaretta naponta | **Alkoholfogyasztás** (húzza alá):  soha / havonta egyszer /  hetente egyszer /  hetente többször | **Fizikai aktivitás** (húzza alá):  aktív /  közepesen aktív /  otthonülő |
| **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.  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **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 rosszulléte? 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 (EngerixB, 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 fentieken 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 betegségemet 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 megfelelve kezeli.

Budapest, 2025. ………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aláírás