

# ANAMNÉZIS LAP

<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:

### 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.

<b>Dohányzás</b> (húzza alá): igen/nem ..... db cigaretta naponta	<b>Alkoholfogyasztás</b> (húzza alá): soha / havonta egyszer / hetente egyszer / hetente többször	<b>Fizikai aktivitás</b> (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

Ígényel-e rendszeres orvosi ellátást valamilyen okból? (húzza alá) igen /nem  
 Amennyiben igen, kérjük, részletezze.

# HALLGATÓI NYILATKOZAT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRÓL

<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, ezennel nyilatkozom, hogy mint egészségügyi dolgozónak a .....munkakörre vonatkozó alkalmasságomat a mellékelt igazolás \* alapján .....-én már megállapították.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az egészségi alkalmasságomban az elmúlt egy évben változás nem következett be.

Kelt

\_\_\_\_\_  
aláírás

\* A nyilatkozat a hivatkozott alkalmassági vizsgálat eredményével együtt érvényes, így azt a nyilatkozathoz csatolni kell!

# 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 aláhúzóval):

- 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