

A munkavállaló nyilatkozata az egészségi állapotáról

NÉV: _____

Szül. idő: _____ Lakcím: _____

Van-e/volt-e Önnek valamilyen betegsége, egészségügyi problémája az alábbiak közül?

Betegség/panasz	Igen	Nem	Ha igen, részletezze!
Szemészeti panaszok beavatkozás, szemüveg			
Depresszió, mánia Öngyilkossági kísérlet			
Hallászavar			
Fül-orr-gégészeti panaszok, beavatkozás			
Bőrbetegség			
Magas vérnyomás			Mióta:
Szív-érrendszeri betegség			
Visszér, aranyér			
Vérképzőszervi betegség			
Légúti betegség			
Cukorbetegség			
Pajzsmirigyzavarok			
Emésztési zavarok			
Széklet probléma			
Sérv			
Vese vagy húgyúti betegség			
Mozgásszervi betegség (csont-, izom-,izület-)			
Gerincbetegség, panasz			
Epilepszia, eszméletvesztés			
Műtét			
Csonttörés, baleset			
Foglalkozási betegség			
Mérgezés			
Dolgozott-e veszélyes anyaggal?			Időtartam: év Anyag neve:
Dolgozott-e zajban			Mikortól meddig: Munkakör:
Dohányzik?			Hány szál:
Alkoholt fogyaszt-e?			Mennyit:
Kávét fogyaszt-e?			Mennyit:
Apa, anya , testvér krónikus betegsége			
Hány órás műszakban fog dolgozni?			Fordítson!

Tudomása van valamilyen fent nem szereplő egészségi problémáról,
rendellenességről, betegségről?(Húzza alá a megfelelőt!) **Igen Nem**
Ha igen, írja le:

.....

.....
Allergiás Ön valamilyen gyógyszerre? **Igen Nem**
Ha igen, mely(ek)re:

.....

Szed Ön valamilyen rendelt vagy nem rendelt gyógyszert? **Igen Nem**
Ha igen, akkor tüntesse fel a szedett gyógyszer nevét,
adagolását

.....

.....

Járt-e orvos-szakértői bizottság előtt leszázalékolás miatt? **Igen Nem**

Panasza most van-e? **Igen Nem**

Ha igen, írja le:

Egészségesnek és a megjelölt munkakör ellátására alkalmasnak érzi Ön magát?
Igen Nem

Háziorvosa neve, rendelője:

Ha Ön Hölgy, akkor válaszoljon az alábbi kérdésekre is:

Jelenleg terhes? **Igen Nem**

Szült-e? **Igen Nem**

Ha igen, hányszor?

Aláírással igazolom, hogy a fenti nyilatkozatot a legjobb tudomásom szerint
töltöttem ki, a leírtak a valóságnak megfelelnek.

Kelt:
.....

aláírás