

HÁZIORVOSI KÉRDŐÍV**Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!**

Alulírott nevű (születési név is),
 születési hely, idő (év, hó, nap): :
 anyja születési neve: TAJ száma:

lakcíme:.....
 alatti lakos kérem, hogy rendészeti oktatási intézménybe jelentkezés, illetve hivatásos jogviszony
 létesítése előtti egészségi és pszichikai alkalmassági vizsgálatához az egészségi és pszichikai állapotomra
 vonatkozó adatokat az alábbi kérdőív kitöltésével közölni szíveskedjen.

Az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adataim közléséhez hozzájárulok.

Dátum:.....

.....

jelentkező aláírása

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):

szív- és érrendszeri betegség:..... magas vérnyomás:

allergia, szénanátha: tüdő-és mellhártyagyulladás, tüdőasztma:.....

tüdőgümőkór(tbc): mozgásszervi betegség:

fekélybetegség (gyomor, bél): májbetegség:

cukorbetegség: szem-, fülbetegség:

idegkimerültség: szédülés:

fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C):

nemi betegség: urológiai betegség:

nőgyógyászati betegség: egyéb betegség:

Volt-e, van-e pszichológiai problémája vagy ideg-, pszichiátriai betegsége (epilepszia, pánikbetegség,
 depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb):

Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag sérülés) és mikor:

Volt-e eszméletvesztése, görcsrohama, ágybavizelése:

Volt-e, van-e beszédzavara, írási, olvasási vagy számolási problémája:

Volt-e öngyilkossági kísérlete (mikor, hogyan):

Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért):

Kezelték-e ideggyógyászatban, pszichiátriai intézetben (mikor, miért):

Szedett-e, illetve szed-e rendszeresen gyógyszert (mit, miért):

Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért):

Fogyasztott-e, fogyaszt-e kábítószer, drogot:

Fogyaszt-e alkoholt, volt-e alkoholelvonó kezelésen (mikor):

Volt-e beteg az elmúlt egy évben (egy évre visszamenőleg a betegállományban töltött napok száma,
 milyen betegségek miatt):

Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor, miért):

Megállapítottak-e munkaképesség csökkenést, illetve egészségkárosodást (hány %):

Egyéb közlendő, megjegyzés:

Dátum:

.....

választott háziorvos aláírás
 orvosi bélyegző és egészségügyi szolgáltató
 bélyegzőjének lenyomata