

KAR:  
SZAK:

*Kérjük a kérdéseket olvassa el gondosan és válaszoljon rájuk pontosan. A kérdőívben szereplő adatokra az orvosi titoktartás szabályai érvényesek, tartalma csak Önre és az orvosra tartozik.*

## **EGÉSZSÉGFELMÉRŐ KÉRDŐÍV (Hallgató tölti ki)**

### **Foglalkozás-egészségügyi vizsgálatához**

*(A nemleges válaszokat is kérjük megjelölni. Igen válasz esetén kérjük, fejtse ki.)*

Név (leánykori is): ..... TAJ szám: .....

Születési hely: ..... Szül. idő: ..... Anyja neve: .....

Lakcím: .....

Telefonszám: ..... E-mail cím: .....

SZTE - ..... Évfolyam: ..... Csoport: .....

Jelenleg van-e panasza az egészségére? Nem / Igen: .....

Áll-e jelenleg gondozás vagy kezelés alatt valamilyen betegség miatt? *(pl. belgyógyászati, mozgásszervi, érzékszervi, idegrendszeri, pszichiátriai, autoimmun vagy az immunrendszert érintő egyéb betegség, stb.)*

Nem / Igen: .....

Pszichiátriai betegség miatt kezelték-e korábban vagy jelenleg áll-e kezelés alatt?

Nem / Igen: .....

Szed-e gyógyszert rendszeresen? Nem / Igen: .....

Van-e ismert allergiája? *(gyógyszer, vegyszer, pollen, étel)* Nem / Igen: .....

Volt-e valamilyen műtete, balesete, sérülése? Nem / Igen: *(dátum, megnevezés)* .....

Volt-e eszméletvesztése vagy epilepsziás roszulléte? Nem / Igen: *(dátum, fejtse ki)* .....

Jelenlegi várandósság: Nem / Igen Jelenlegi szoptatás: Nem / Igen

Visel-e szemüveget / kontaktlencsét? Nem / Igen *(-/+ dioptria)*: Jobb: ..... Bal: .....

Szintévesztésről van-e tudomása? Nem / Igen: .....

Hallásra van-e panasza, halláskárosodásról van-e tudomása, hallókészüléket visel-e? Nem / Igen

Testmagasság: .....cm Testsúly: .....kg

Dohányzik-e? Nem / Igen *(szál/nap)*: .....

Fogyaszt-e alkoholt? Nem / Igen *(milyen gyakran, mit, milyen mennyiségben?)*: .....

Fogyaszt-e kávé/teát? Nem / Igen *(milyen mennyiségben?)*: .....

Sportol-e? Nem / Igen *(heti hányszor és mit?)*: .....

Milyen fertőző betegségeken esett át *(gyermekkori is)*: .....

HIPATITIS B elleni védőoltások – oltóanyag megnevezése *(pl. Engerix-B, Twinrix, HB Vax)* és dátumai: .....

KANYARÓ elleni védőoltások – oltóanyag megnevezése *(pl. MMR, Priorix)* és dátumai: .....

KORONAVÍRUS elleni védőoltások – oltóanyag megnevezése és dátumai: .....

*Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, betegséget nem titkoltam el. Hozzájárulok ahhoz, hogy az alkalmassági vizsgálatomat végző orvos az EESZT-ben rögzített eü-i adataimat, leleteimet megismerje az alkalmasság megítéléséhez, és a véleményezéshez felhasználja.*

Dátum: ..... Hallgató aláírása: .....