

Dotazník o zdravotním stavu k vydání zbrojního průkazu

Posuzovaná osoba

Jméno a příjmení:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

Telefon:

Bydliště:

Zbrojní průkaz skupiny:

nově – prodloužení platnosti

1. Byl/a jste v minulosti nebo jste v současnosti léčen/a pro:

a) poruchy zraku?

Ne Ano, jaké:

b) onemocnění sluchu nebo poruchy rovnováhy?

Ne Ano, jaké:

c) onemocnění ortopedické nebo onemocnění svalového systému (nemoci kloubů, skolióza, blokády zad, jiné)?

Ne Ano, jaké:

d) onemocnění nervového systému (DMO, epilepsie, degenerativní onemocnění nervové soustavy, cévní mozkové příhody, jiné)?

Ne Ano, jaké:

e) onemocnění endokrinní (cukrovka, nemoci štítné žlázy, jiné)?

Ne Ano, jaké:

f) onemocnění psychické (deprese, psychózy, závislosti, jiné)?

Ne Ano, jaké:

g) onemocnění kardiovaskulární (infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, srdeční vady, jiné)?

Ne Ano, jaké:

2. Máte v současné době nějaké zdravotní obtíže?

Ne Ano, jaké:

3. Utrpěl/a jste někdy vážný úraz (bezvědomí, zlomenina apod.)?

Ne Ano, jaký:

4. Užíváte pravidelně léky?

Ne Ano, jaké:

5. Pijete alkohol?

Ne Ano: pravidelně – příležitostně – výjimečně

6. Užíváte návykové látky?

Ne Ano, uveďte blíže:

7. Nosíte brýle?

Ne Ano, uveďte blíže:

8. Vlastníte řidičský průkaz?

Ne Ano, skupiny:

9. Další skutečnosti, které považujete za důležité pro posouzení Vašeho zdravotního stavu:

.....
.....

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou informace, které jsem uvedl/a v dotazníku pravdivé a úplné. Jsem si vědom/a, že pokud zatajím důležité informace či uvedu nepravdivé informace o svém zdravotním stavu, neodpovídá příslušný lékař za případné chybné posouzení mého zdravotní způsobilosti.

Datum: Podpis posuzované osoby

Převzetí

Datum: Podpis zdravotnického pracovníka