

## ALKALMASSÁGI KÉRDŐÍV

Név (születési név is): .....  
 Születési hely, idő (év, hó, nap): : .....  
 Anyja születési neve: ..... TAJ száma: .....  
 Lakóhelye: .....  
 Foglalkozása: ..... Szakképzettsége: .....

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, görcsroham, 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 kábítószer, drogot: .....

Fogyaszt-e alkoholt, soha, alkalmanként, naponta (mit, mennyit): .....

hetente (mit, mennyit): ..... volt-e alkoholelvonó kezelésen (mikor): .....

Van-e tériszonya: ..... Van-e félelme zárt helyen tartózkodástól: .....

Fél-e, illetve iszonyodik-e vértől, halottól, tűztől, víztől, egyébtől: .....

Van-e jogosítványa (milyen egészségi alkalmassági csoportra): .....

Sportolt, illetve sportol-e rendszeresen (mit, milyen gyakran): .....

Volt-e beteg az elmúlt egy évben (mikor, mi baja volt): .....

Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor, miért): .....

Megállapítottak-e egészségkárosodást (hány %): .....

Volt-e hivatásos állományba vétel előtti alkalmassági vizsgálaton (hol, mikor, milyen minősítést kapott): .....

.....

Volt-e már hivatásos szolgálatban (megtől-meddig, hol): .....

Hivatásos állományból egészségi ok miatt szerelték-e le (FÜV eljárás volt-e, mikor, miért): .....

Tudomásul veszem, hogy az általam ismert betegségem vagy egészségi elváltozásom elhallgatása utólag is „Alkalmatlan” minősítést vonhat maga után. Kijelentem, hogy a KÉRDŐÍVET a valóságnak megfelelően töltöttem ki! Hozzájárulok, hogy az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adatokat az alkalmassági vizsgálatot végző szerv a vonatkozó jogszabályok betartásával kezelje.

Dátum:

.....  
 aláírás

Megjegyzés: a kérdőívet saját kézírással, a kérdésekre igennel vagy nemmel, illetve a válasz beírásával, illetve a megfelelő szöveg aláhúzásával töltse ki!