

## A MUNKAVÁLLALÓ NYILATKOZATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL

Név:

Születési idő (év/hó/nap):

Nem:  férfi

nő

Születési hely:

Anyja neve:

Képesítés/Beosztás: ..... Állampolgárság: .....

Lakcím: .....

Szolgálati könyv száma: .....

A hajó típusa

- belvízi: vontatóhajó, tartályhajó, személyszállító, halász, egyéb .....
- tengeri: konténerszállító, tartályhajó, személyszállító, halász, egyéb .....
- tengeri kedvtelési hajó .....

### A vizsgált személy nyilatkozata

(A kitöltéshez az egészségügyi személyzet felajánlja segítségét)

#### Van-e Önnek az alábbiak közül korábban előfordult betegsége, problémája?

Kondíció	Igen	Nem	Kondíció	Igen	Nem
1. Szem/látási zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Alvászavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fülészeti beavatkozás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Kábítószer- vagy alkoholfüggőség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hallászavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Dohányzik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Magas vérnyomás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Műtét/sebészi beavatkozás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Szív-/érrendszeri rendellenesség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Epilepszia/rohamok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Szív-műtét	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Szédülés/ájulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Visszértágulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Tudatvesztés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Asztma/hörghurut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Pszichiátriai problémák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A vér rendellenességei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Depresszió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Öngyilkossági kísérlet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pajzsmirigy-zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Emlékezetkiesés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Emésztési zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Egyensúlyi zavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Veseműködési zavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Erős fejfájások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bőrgyógyászati panaszok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Fül- és orrfájási panaszok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Mozgáskorlátozottság	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fertőző/ragályos betegségek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Hátfájási problémák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sérv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Amputáció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ivarszervi rendellenességek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Törés/ficam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Terhesség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kiegészítő kérdések

- |   | Igen                     | Nem                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 38. Küldték már Önt hajóról betegség miatt haza?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Utalták Önt már kórházba?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Nyilvánították Önt már tengeri szolgálatra alkalmatlannak?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Volt-e katona?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Korlátozták vagy visszavonták valamikor az Ön Egészségügyi Bizonyítványát?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Tudomása van valamilyen egészségi problémájáról, rendellenességéről vagy betegségről?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Egészségesnek és a megjelölt beosztás/foglalkozás ellátására alkalmasnak érzi Ön magát? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Allergiás Ön valamilyen gyógyszerre?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Amennyiben a fenti kérdések bármelyikére igenlő választ adott, kérjük részletezze azt:

46. Szed Ön valamilyen rendelt vagy nem rendelt gyógyszert?

 

Amennyiben igen, tüntesse fel a szedett gyógyszerek jegyzékét, az adagolást és az okot, amiért szednie kell.

**Ezennel igazolom, hogy a fenti nyilatkozat legjobb tudomásom szerint a valóságnak megfelel. Tudatában vagyok, hogy tények és adatok elhallgatása, vagy valótlan adatok közlése a hajózás biztonságát veszélyeztetheti és az engedély visszavonását eredményezi.**

Kelt: .....

.....

a vizsgált személy aláírása

*Ezennel hozzájárulok, hogy a munkaköri alkalmasságomat minősítő szakorvosok más egészségügyi intézmények rám vonatkozó valamennyi egészségügyi feljegyzését megtekinthessék.*

Kelt: .....

.....

a vizsgált személy aláírása