

Výpis zo zdravotnej dokumentácie

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa:

- 1) Hore menovaný je mojim pacientom od:
- 2) Je zdravotný stav pacienta celkovo dobrý ? (Áno / Nie)
- 3) Bolo u menovaného/ej zistené alebo vyslovené podozrenie na chorobu z povolania? (Áno / Nie)
- 4) Bol/a vážne chorý/a počas posledného roka? (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
.....
- 5) Trpí nejakými alergiami? (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
.....
- 6) Bol/a niekedy podrobený/á psychiatrickej liečbe ? (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
.....
- 7) Má problémy s alkoholom, drogami či inými omamnými látkami? (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
.....
- 8) Je pacient v súčasnosti pod lekársym dohľadom? (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
.....
- 9) Trpí nejakou akútnou alebo chronickou chorobou? (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
.....
- 10) Priebeh pracovnej neschopnosti za posledné 3 roky trvajúce dlhšie ako 4 týždne :
.....
(Pn od ... do... MKCH...)
.....
(Pn od ... do... MKCH...)
.....
(Pn od ... do... MKCH...)
- 11) Očkovanie proti tetanu (posledné):.....
- 12) Korekcia zraku, sluchu? (Áno / Nie)
- 13) Ma škodlivé návyky (Ak áno, uďte prosím podrobnosti)
- 14) Iné dôležité informácie?.....

Meno a priezvisko lekára

Adresa

Telefón:

Dátum:

Podpis a pečiatka