

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

Név:.....**Leánykori név:**.....

Anyja neve:.....

TAJ száma:.....

Születési hely, idő:.....

Lakhely:.....

Iskolai végzettség:.....

Szakmája:.....

Az Ön családjában előfordult-e /ha igen kinél/:

TBC: nem – igen

Vérbaj: nem – igen

Elme-Idegbetegség: nem – igen

Cukorbetegség: nem – igen

Alkoholizmus: nem – igen

Daganatos betegség: nem – igen

Magas vérnyomás: nem – igen

Szívbetegség: nem – igen

Lényegesebb betegségei, műtétek, balesetek /mikor? milyen?/:

.....
.....
.....

Milyen gyógyszert szed rendszeresen?.....

Allergiája van-e?.....

Dohányzik?: nem - igen Hány éve?..... Hány darabot naponta?.....

Fogyaszt-e alkoholt?: nem - igen Naponta mennyit, mit?.....

Sportol-e rendszeresen?: nem - igen

Jogosítványa van-e? nincs - van

Munkaköre?.....

Egészségügyi panasa van-e?: nincs - van

Hány cm magas?:.....cm

Testsúlya:.....kg