*kiegészítő kérdőív az 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet 3. számú mellékletéhez*

**KIEGÉSZÍTŐ KÉRDŐÍV\***

**A RENDÉSZETI OKTATÁSI INTÉZMÉNYEKBE JELENTKEZŐK ELŐZETES ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLATÁHOZ (ELŐSZŰRÉS)**

**Név (születési név is)…………………………………………………………………………………….**

**Születési hely, idő (év, hó, nap)…………………………………………………………………………**

**Anyja neve:………………………………………………TAJ száma:………………………………...**

**Lakóhelye:……………………………………………………………………………………………….**

**Testsúly:……………… Testmagasság:……………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BETEGSÉGEK** | **IGEN** | **NEM** | **MIKOR, MIÓTA** |
| **Bőr-köröm** |   |   |   |
| Pikkelysömör |   |   |   |
| Allergia, ekcéma |   |   |   |
| **Szemészet** |   |   |   |
| Kancsalság |   |   |   |
| Szemüveget hord-e? |   |   |   |
| Kontaktlencsét hord-e? |   |   |   |
| Ha igen, távolra nézéskor használja-e? |   |   |   |
| Ha igen, közelre nézéskor használja-e? |   |   |   |
| Dioptria nagysága | Írja ide:   |   |
| **Hallás** |   |   |   |
| Halláscsökkenése van-e? |   |   |   |
| **Kardiológia** |   |   |   |
| Vizsgálta-e kardiológus? Ha igen miért? |   |   |   |
| Van-e szívzöreje? |   |   |   |
| Van-e szívritmus zavara? |   |   |   |
| Heves szívdobogás érzése szokott-e lenni? |   |   |   |
| **Fogazat** |   |   |   |
| Van-e elülső foghiány? |   |   |   |
| Kivehető fogsora van-e? |   |   |   |
| **Pajzsmirigy** |   |   |   |
| Van-e pajzsmirigy túlműködése? |   |   |   |
| Van-e pajzsmirigy alulműködése? |   |   |   |
| **Mozgásszervek** |   |   |   |
| Gerincferdülés (scoliosis, púp, egyéb) |   |   |   |
| Volt-e sportsérülése? (térd, váll, egyéb) |   |   |   |
| Járt-e gyógytornára? |   |   |   |
| Volt-e felmentése testnevelés óra alól? |   |   |   |
| *\*Nyomtatott betűvel, vagy géppel kérjük kitölteni!* |  |
|  |  |  |  |
| **Tumoros betegség** |   |   |   |
| Vizsgálták-e, kezelik-e az elmúlt 5 évben tumoros (rosszindulatú) megbetegedés miatt? |   |   |   |
| **Műtét** |   |   |   |
| Vakbélműtét |   |   |   |
| Mandulaműtét |   |   |   |
| Szemműtét (korrekciós, egyéb) |   |   |   |
| Egyéb műtét: ……………………………….. |  |  |  |
| **ÉLETMÓD** |   |   |   |
| Dohányzik-e? Ha igen, mennyit naponta? |   |   |   |
| Táplálék kiegészítőt szed-e? (fehérje, egyéb) |   |   |   |
| Tart-e diétát? Ha igen miért? |   |   |   |

Dátum: ………………………………….….

 ………………………………….….

 aláírás