*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