***2025/8.***

**ALKALMASSÁGI KÉRDŐÍV**

Név (születési név is): ........................................................................................................................................................

Születési hely, idő (év, hó, nap): : .....................................................................................................................................

Anyja születési neve: ............................................................................ TAJ száma: ......................................................

Lakóhelye: ..........................................................................................................................................................................

fele

loen töltöttem ki!

Foglalkozása: .................................................................. Szakképzettsége: .....................................................................

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):

szív- és érrendszeri betegség...........................................

allergia, szénanátha: .......................................................

tüdőgümőkor (tbc): …………………….. ...................

fekélybetegség (gyomor, bél): .......................................

cukorbetegség: ...............................................................

idegkimerültség: .............................................................

magas vérnyomás: ................................................................

tüdő- és mellhártyagyulladás, tüdőasztma...........................

mozgásszervi betegség: .........................................................

májbetegség: ..........................................................................

szem-, fülbetegség: ...............................................................

szédülés: ...............................................................................

fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C): ......................................................................................................................

nemi betegség: ...............................................................

nőgyógyászati betegség: ...............................................

urológiai betegség: ...............................................................

egyéb betegség: ....................................................................

Volt-e, van-e pszichológiai problémája vagy ideg-, pszichiátriai betegsége (epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb): .....................................................................................................

Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag sérülés) és mikor: .....................................................................

Volt-e eszméletvesztése, görcsrohama, ágybavizelése: ...................................................................................................

Volt-e, van-e beszédzavara, írási, olvasási vagy számolási problémája: .........................................................................

Volt-e öngyilkossági kísérlete (mikor, hogyan): ..............................................................................................................

Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért): .....................................................................................

Kezelték-e ideggyógyászaton, pszichiátriai intézetben (mikor, miért): ...........................................................................

Szedett-e, illetve szed-e rendszeresen gyógyszert (mit, miért): .......................................................................................

Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért): .........................................................................................................

Fogyasztott-e kábítószert, drogot: .....................................................................................................................................

Fogyaszt-e alkoholt:, soha, alkalomszerűen, naponta (mit, mennyit): .............................................................................

hetente (mit, mennyit): ................................................ volt-e alkoholelvonó kezelésen (mikor): ...................................

Van-e tériszonya: ...................................................... Van-e félelme zárt helyen tartózkodástól: ..................................

Fél-e, illetve iszonyodik-e vértől, halottól, tűztől, víztől, egyébtől: .................................................................................

Van-e jogosítványa (milyen egészségi alkalmassági csoportra): .....................................................................................

Sportolt, illetve sportol-e rendszeresen (mit, milyen gyakran): .......................................................................................

Volt-e beteg az elmúlt egy évben (mikor, mi baja volt): ..................................................................................................

Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor , miért): .............................................................................................................

Megállapítottak-e egészségkárosodást (hány %): .............................................................................................................

Volt-e hivatásos állományba vétel előtti alkalmassági vizsgálaton (hol, mikor, milyen minősítést kapott): ...................

………………………………………………………………………………………………………………………….

Volt-e már hivatásos szolgálatban (mettől-meddig, hol): ................................................................................................

Hivatásos állományból egészségi ok miatt szerelték-e le (FÜV eljárás volt-e, mikor, miért): ........................................

Tudomásul veszem, hogy az általam ismert betegségem vagy egészségi elváltozásom elhallgatása utólag is „Alkalmatlan” minősítést vonhat maga után. Kijelentem, hogy a KÉRDŐÍVET a valóságnak megfelelően töltöttem ki!

Hozzájárulok, hogy az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adatokat az alkalmassági vizsgálatot végző szerv a vonatkozó jogszabályok betartásával kezelje.

Dátum:

……………………………………………………..

aláírás

Megjegyzés: a kérdőívet saját kézírással, a kérdésekre igennel vagy nemmel, illetve a válasz beírásával, illetve a megfelelő szöveg aláhúzásával töltse ki!

**2025/8/a**

**NÉV:**

**Prevenciós kérdőív**

**Dohányzás**

**Jelölje be, melyik érvényes az ön esetében! (X-elni)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | o   Nem dohányzom |
|  |  | o   10 szálnál kevesebb/nap |
|  |  | o   10-30 szál/nap, |
|  |  | o   Több, mint 30 szál/nap |
|  |  | o   Leszoktam a dohányzásról (……… éve) |

**Testmozgás, sport**

**Jelölje be, melyik érvényes az ön esetében! (X-elni)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | o   Nem végzek testmozgást, nem sportolok |
|  |  | o   Ritkábban, mint hetente |
|  |  | o   Hetente egyszer |
|  |  | o   Hetente többször |
|  |  | o   Minden nap |

**Milyen típusú sportot?/Mit sportol? (szabad szöveges válasz) .**

**Diéta, étkezés:**

**Jelölje be, milyen diétát folytat! Melyik érvényes az ön esetében? (X-elni)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | o   Nem diétázom |  |
|  |  | o   Korszerűtlen diéta (pl. egyoldalú)  | **Milyen** **típusú?** (szabad szöveges) |
|  |  | o   Korszerű diéta (reformtáplálkozás) | **Milyen** **típusú?** (szabad szöveges) |
|  |  | o   Speciális diéta (pl. gluténmentes, 180g CH, stb.) | **Milyen** **típusú?** (szabad szöveges) |

**Milyen gyakran fogyasztja a következő ételeket? (X-elni)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Minden sorban* *egy választ adjon!* | **Soha** | **Ritkábban, mint hetente** | **Hetente** | **Naponta** | **Naponta többször** |
| Gyümölcsfélék |   |   |   |   |   |
| Zöldség- és főzelékfélék |   |   |   |   |   |
| Tej, tejtermék |   |   |   |   |   |
| Sertés-, marha-, vadhús és húskészítmény |   |   |   |   |   |
| Szárnyas hús és húskészítmény, halak |   |   |   |   |   |
| Édesség, desszert (sütemény, csokoládé, cukorka) |   |   |   |   |   |
| Fehér lisztből készült pékáru, tészta |   |   |   |   |   |
| Teljes kiőrlésű lisztből készült pékáru, tészta |   |   |   |   |   |

**Milyen gyakran fogyasztja a következő italokat? (X-elni)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Minden sorban egy választ adjon!* | **Soha** | **Alkalmanként** | **Naponta** | **Naponta többször (Hányszor?)** |
| Kávé |  |  |  |  |
| Energia ital |  |  |  |  |

**Milyen gyakran fogyaszt alkoholt? (X-elni)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Minden sorban egy választ adjon!* | **Soha** | **Alkalmanként** | **Naponta** | **Hetente** | **Havonta** |
| tömény (pálinka, rum, konyak.. stb.) |  |  |  |  |  |
| bor |  |  |  |  |  |
| sör |  |  |  |  |  |
| egyéb (szabad szöveges): |  |  |  |  |  |

**Milyen gyakran fogyaszt étrendkiegészítőt? (X-elni)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Soha** | **Alkalmanként** | **Naponta** | **Hetente** | **Havonta** |
|  |  |  |  |  |
|  | **Milyen étrendkiegészítőt fogyaszt? (Szabad szöveges)** |

**Családi kórelőzmény**

**Előfordult-e a családban? Igen Nem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| o   cukorbetegség:  |  |  |  |
| o   magasvérnyomás: |  |  |  |
| o   elhízás: |  |  |  |
| o   allergia, asthma: |  |  |  |
| o   emésztőszervi betegség: |  |  |  |
| o   daganatos betegség: |  |  |  |
| o   pszichiátriai betegség: |  |  |  |

**Egyéni kórelőzmény**

**Előfordult-e Önnél? Igen Nem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| o   cukorbetegség (csökkent glukóztolerancia):  |  |  |  |
| o   magasvérnyomás: |  |  |  |
| o   elhízás, túlsúly: |  |  |  |
| o   magas vérzsírszint (koleszterin, triglicerid) akár öröklött, akár szerzett: |  |  |  |
| o   daganatos betegség: |  |  |  |

**Alvás:**

**Általában hány órát alszik? (számszerű válasz) …………..**

**Hány órától hány óráig? (számszerű válasz) …………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Milyen az alvás minősége?** |  | **Jó** |  |  | **Rossz** |  |  | **Változó** |
| **Hogy szokott reggel ébredni?** |  | **Frissen, kipihenten** |  |  | **Fáradtan** |
| **Szenved-e alvászavarban?** |  | **Nem** |  |  | **Igen, ……….. éve** |

**Ha igen, milyen jellegű a probléma?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | o   Nehezen alszom el |
|  |  | o   Túl korán ébredek |
|  |  | o   Több részletben alszom |

**Munka, szabadidő**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Monitoros munkakörben dolgozik?** |  | Igen |  |  | Nem |

**Mennyi időt tölt naponta az alábbi tevékenységekkel?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Munkanapon** | **Pihenőnapon (hétvégén)** |
|  |  | háztartás vezetése, gondoskodás a családról  | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | beszélgetés, játék a családdal,  | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | társas összejövetel barátokkal, rokonokkal (buli, kirándulás stb.) | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | tanulás (iskola, tanfolyam, egyéb önfejlesztési tevékenység) | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | tévénézés, internet | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | közösségi média (facebook, instagram, twitter…stb) | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | internetes, telefonos, elektronikus játék | **(óra)……..** | **(óra)……..** |
|  |  | egyéb szabadidős tevékenység | **(óra)……..** | **(óra)……..** |

**A fentieken túl a szabadidejében mivel foglalkozik még szívesen? (szabad szöveges) ……………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | o   kirándulás |
|  |  | o   horgászat |
|  |  | o   tévénézés |
|  |  | o   olvasás |
|  |  | o   mozi |
|  |  | o szerencsejáték |

**Egészségi állapot megítélése**

**Hogyan ítéli meg egészségi állapotát?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Minden sorban egy választ adjon meg!*** | **Nagyon rossz** | **Rossz** | **Kielégítő** | **Jó** | **Kiváló** |
| Egészségi állapotom általában |  |  |  |  |  |
| Egészségi állapotom kortársaimhoz képest |  |  |  |  |  |
| Egészségi állapotom munkatársaimhoz képest |  |  |  |  |  |

Dátum:

***2025/9.***

**HÁZIORVOSI KÉRDŐÍV**

**Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!**

Alulírott ………………………………………………………………………….… nevű (születési név is),

születési hely, idő (év, hó, nap): : ....................................................................................................................

anyja születési neve: ........................................................................................................................................

lakcíme:……………….………........................................................................................................................alatti lakos kérem, hogy rendészeti oktatási intézménybe jelentkezés, illetve hivatásos jogviszony létesítése előtti egészségi és pszichikai alkalmassági vizsgálathoz az egészségi és pszichikai állapotomra vonatkozó adatokat az alábbi kérdőív kitöltésével közölni szíveskedjen.

Az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adataim közléséhez hozzájárulok.

Dátum:………………………………………

 ………………………………...

 jelentkező aláírása

fele

loen töltöttem ki!

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):

szív- és érrendszeri betegség................................

allergia, szénanátha: ........................................

tüdőgümőkor(tbc): ...................

fekélybetegség (gyomor, bél): ...............................

cukorbetegség: ......................................................

idegkimerültség: ..............................................

magas vérnyomás: ......................................

tüdő-és mellhártyagyulladás, tüdőasztma:..................

mozgásszervi betegség: ..................................................

májbetegség: .............................................................

szem-, fülbetegség: ..................................................

szédülés: ...............................................................

fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C): ........................................................................................

nemi betegség: ....................................................

nőgyógyászati betegség: .......................................

urológiai betegség: .................................................

egyéb betegség: .......................................................

Volt-e, van-e pszichológiai problémája vagy ideg-, pszichiátriai betegsége (epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb): ..................................................

Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag sérülés) és mikor: .................................................

Volt-e eszméletvesztése, görcsrohama, ágybavizelése: .................................................................

Volt-e, van-e beszédzavara, írási, olvasási vagy számolási problémája: .....................................................

Volt-e öngyilkossági kísérlete (mikor, hogyan): ...............................................................................

Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért): .......................................................

Kezelték-e ideggyógyászaton, pszichiátriai intézetben (mikor, miért): ..............................................

Szedett-e, illetve szed-e rendszeresen gyógyszert (mit, miért): .........................................................

Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért): ............................................................. …………....

Fogyasztott-e, fogyaszt-e kábítószert, drogot: ..................................................................................

Fogyaszt-e alkoholt, volt-e alkoholelvonó kezelésen (mikor): ..................................................................

Volt-e beteg az elmúlt egy évben (egy évre visszamenőleg a betegállományban töltött napok száma, milyen betegségek miatt): .................................................................................................................

Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor, miért): ................................................................................

Megállapítottak-e munkaképesség csökkenést, illetve egészségkárosodást (hány %): .......................

Egyéb közlendő, megjegyzés: ……………...........................................................................………..

Dátum:

……………………………………………………..

választott háziorvos aláírása

orvosi bélyegző és egészségügyi szolgáltató

bélyegzőjének lenyomata