

KAR:

SZAK:

Kérjük, a kérdéseket olvassa el gondosan és válaszoljon rájuk pontosan. A kérdőívben szereplő adatokra az orvosi titoktartás szabályai érvényesek, tartalma csak Önre és az orvosra tartozik.

EGÉSZSÉGFELMÉRŐ KÉRDŐÍV (Hallgató tölti ki)

Foglalkozás-egészségügyi Vizsgálathoz

(A nemleges válaszokat is kérjük megjelölni. Igen válasz esetén kérjük, fejtse ki.)

Név (leánykori is): TAJ szám:
Szül.hely: Szül.idő: Anyja neve:
Lakcím:
Telefonszám: E-mail cím:
SZTE - Évfolyam: Csoport:

Jelenleg van-e panasz az egészségére? Nem / Igen:

Áll-e jelenleg gondozás vagy kezelés alatt valamilyen betegség miatt? (pl. belgyógyászati, mozgásszervi, érzékszervi, idegrendszeri, ^{pszichiatríai} autoimmun vagy az immunrendszert érintő egyéb betegség, stb.)

Nem / Igen:

Pszichiátriai betegség miatt kezelték-e korábban vagy jelenleg áll-e kezelés alatt?

Nem / Igen:

Szed-e gyógyszert rendszeresen? Nem / Igen (sorolja fel):

Van-e ismert allergiája? (gyógyszer, vegyszer, pollen, étel) Nem / Igen:

Volt-e valamilyen műtete, balesete, sérülése? Nem / Igen (dátum, megnevezés):

Volt-e eszméletvesztése vagy epilepsziás roszulléte? Nem / Igen (dátum, fejtse ki):

Jelenlegi várandósság: Nem / Igen; Jelenlegi szoptatás: Nem / Igen
Visel-e szemüveget / kontaktlencsét? Nem / Igen (-/+ dioptria): Jobb: Bal:

Színtévesztésről van-e tudomása? Nem / Igen:

Hallására van-e panasz, halláskárosodásról van-e tudomása, hallókészüléket visel-e? Nem / Igen

Testmagassága: cm Testsúlya: kg

Dohányzik-e? Nem / Igen (szál/nap):

Fogyaszt-e alkoholt? Nem / Igen (milyen gyakran mit, milyen mennyiségben?):

Fogyaszt-e kávékat / teát? Nem / Igen (milyen mennyiségben?):

Sportol-e? Nem / Igen (heti hányszor és mit?):

Milyen fertőző betegségeken esett át (gyermekkori is):

HEPATITIS B elleni védőoltások - oltóanyag megnevezése (pl. Engerix-B, Twinrix, HB Vax) és dátumai:

KANYARÓ elleni védőoltások - oltóanyag megnevezése(pl. MMR, Priorix) és dátumai:

KORONAVÍRUS elleni védőoltások - oltóanyag megnevezése és dátumai:

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, betegséget nem titkoltam el. Hozzájárulok ahhoz, hogy az alkalmazásom vizsgálataimat végző orvos az EESZT-ben rögzített e-ri adataimat, beleértve a megismerje az alkalmazásom megnevezését, és a véleményezéshez felhasználja.

Dátum:

Hallgató aláírása: