



PROTOKOL O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE

- uchádzača o základný parašutistický výcvik a praktický zoskok padákom*
- žiadateľa o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu*



Priezvisko: _____ Meno: _____

Dátum narodenia: _____ Číslo preukazu poistenca: _____

Bydlisko: _____ tel.č. _____

Osobná anamnéza:

Prekonali ste v minulosti alebo máte v súčasnosti zdravotné problémy charakteru nižšie uvedených skupín? Ak áno, v poznámkach rozveďte bližšie!

Duševné choroby: áno-nie

Alkoholizmus, liekovú alebo drogovú závislosť: áno-nie

Záchvatové ochorenia /epilepsia, kŕčové stavy a pod./: áno-nie

Silné bolesti hlavy: áno-nie

Poruchy zmyslových orgánov /najmä zrak a sluch/: áno-nie

Alergie: áno-nie

Závrate a stav bezvedomia: áno-nie

Choroby - srdcovo-cievne: áno-nie

- dýchacej sústavy: áno-nie

- tráviaceho traktu: áno-nie

- močovo-pohlavného systému: áno-nie

- pohybového aparátu: áno-nie

- metabolické /cukrovka, dna .../ áno-nie

Úrazy: áno-nie

U žien prítomnosť tehotenstva: áno-nie

Iné: _____

Poznámky: _____

Rodinná anamnéza:

Vyskytli sa v rodine závažnejšie choroby? Uveďte aké! _____

Sociálna anamnéza:

Povolanie: _____ Zamestnanie: _____

Problémy sociálne, rodinné, atď.

Abuzy:

Alkohol: _____ Káva: _____ Drogy: _____

Cigarety: _____ Lieky: _____



Prehlasujem, že som nezamlčal žiadne údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a všetky údaje uvedené na prednej strane sú pravdivé.

V _____ dňa _____
_____ podpis žiadateľa

V prípade nepľnoletosti žiadateľa _____
_____ podpis zákonného zástupcu

Záznam vyšetrenia:

Hmotnosť: _____ kg	Výška: _____ cm
TK: v ľahu _____	Pulzová frekvencia: _____
Hlava, krk: _____	
Hrudník: _____	
Brucho: _____	
Končatiny: _____	
Zrak: Zrková ostrosť: P: _____ L: _____ s korekciou: P: _____ L: _____	
Farbocít: _____	
Sluch: šepot: P: _____ E: _____	

Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o Základný parašutistický výcvik sa požaduje v zmysle zákona 164/1997 Zbierky, Príloha č.1 časť I. (zdravotná spôsobilosť na vedenie motorového vozidla).

Posudkový záver: Spôsobilý(á)* - Nespôsobilý(á) * pre praktický výkon parašutistickej činnosti .

_____ dátum vyšetrenia

_____ pečiatka a podpis lekára

* nehodiace sa prečiarknite