

## JELENTKEZÉSI LAP

**Gépjárművezetői-**, kishajó vezetői- és fegyverviselési egészségügyi alkalmassági orvosi vizsgálatához

Név:..... születési hely:..... ideje:.....  
Vezetői engedélyének száma:.....szem.ig.száma:.....  
Állandó lakcíme:.....  
Ideiglenes lakcíme:.....  
Munkahely neve és címe:.....  
Foglalkozása:..... Iskolai végzettsége:.....

1. csoport

2.csoport

Munkahelyén üzemorvosi vizsgálat:..... van - nincs  
Vizsgálták-e egy éven belül ?..... igen – nem  
Utolsó vizsgálata óta volt-e beteg vagy sérült?..... igen - nem  
Volt-e katona?..... igen - nem  
Hány éves korában kapta az első vezetői engedélyét?.....  
Sportol-e rendszeresen?..... igen - nem  
Volt-e komolyabb megbetegedése?..... igen - nem. Ha igen, mi?.....  
Volt-e sérülése?.....igen - nem Ha igen, mi?.....  
Van-e rendszeresen gondozott betegsége?..... igen - nem  
Kezelték-e kórházban?..... igen - nem  
Tud-e veleszületett betegségéről?..... igen - nem  
Szed-e gyógyszert?..... nem - alkalmasszerűen - rendszeresen  
Altatót-, nyugtatót- vagy tudatmódosító szert szed-e?..... igen - nem  
Előfordult-e tartós szédülése?..... igen - nem  
Eőfordult-e eszméletvesztése?..... igen - nem  
Jó látása van?..... igen - nem  
Visel szemüveget?..... nem – állandóan – távollátáshoz - olvasáshoz  
Előfordult-e látásának elhomályosodása?..... igen - nem  
Részesült-e alkoholelvonó kúrában?..... igen - nem  
Idézett-e elő személyi sérüléssel járó balesetet?..... igen - nem  
Egyéb közölnivalója:.....  
.....  
.....

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek és nem titkolok el semmi olyan tényt vagy körülményt, ami egészségügyi alkalmasságomat befolyásolná.

.....,20..... hó..... nap

.....  
a kérelmező aláírása