

**KÉRDŐÍV**

(Személyi egészségügyi szűrővizsgálati adatlap)

A Kérdőív, annak kitöltése és aláírása után, az orvosi titoktartás és a személyi adatkezelés jogvédelmének hatálya alá esik, és a 20..... - n történt vizsgálati anyag részét képezi.

1.	Név: _____ Pénztártag tagi azonosító száma vagy adóazonosító jele: _____ Anyja neve: _____ Születési idő: _____
2.	Az egészségtervvel rendelkező szolgáltatásra jogosult neve: _____ Születési idő: _____ TAJ száma: _____
3.	Munkakörének jellege <input type="checkbox"/> szellemi <input type="checkbox"/> fizikai (terep) <input type="checkbox"/> vegyes
4.	Átlagos napi munkaideje <input type="checkbox"/> 8 óra <input type="checkbox"/> 8-12 óra <input type="checkbox"/> 12 óránál több <input type="checkbox"/> hétvégén is <input type="checkbox"/> váltóműszakban
5.	Fizikai aktivitása Közlekedés: <input type="checkbox"/> gyalog <input type="checkbox"/> kerékpár <input type="checkbox"/> jármű Sport: <input type="checkbox"/> soha <input type="checkbox"/> ritkán <input type="checkbox"/> rendszeresen, éspedig: ..... Egyéb fizikai munka: .....
6.	Táplálkozási szokásai <input type="checkbox"/> rendszeres <input type="checkbox"/> rendszertelen Munkahelyen: <input type="checkbox"/> meleg étel <input type="checkbox"/> hideg étel Fő étkezési ideje: ..... Ételei leginkább <input type="checkbox"/> zsírral <input type="checkbox"/> olajjal készülnek
7.	Szenvedélybetegségek Dohányzás: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Szeszes ital: <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> ritkán <input type="checkbox"/> rendszeresen, napi átlagban: ..... Mit fogyaszt? <input type="checkbox"/> tömény <input type="checkbox"/> bor <input type="checkbox"/> sör Koffein? <input type="checkbox"/> igen, éspedig: ..... naponta .....-szer <input type="checkbox"/> nem
8.	Családjában (vér szerinti) előfordult-e az alábbi betegség? <input type="checkbox"/> magas vérnyomás <input type="checkbox"/> cukorbetegség <input type="checkbox"/> érlemeszesedés <input type="checkbox"/> tüdő-légszervi betegség <input type="checkbox"/> szív-koszorúér <input type="checkbox"/> gyomor-bél, emésztőszervi <input type="checkbox"/> idegrendszeri <input type="checkbox"/> rosszindulatú daganatos
9.	Van (volt) – e Önnek? <input type="checkbox"/> magas vérnyomása <input type="checkbox"/> allergiás <input type="checkbox"/> tüdő-légszervi <input type="checkbox"/> ér panasz <input type="checkbox"/> szív <input type="checkbox"/> gyomor <input type="checkbox"/> bél <input type="checkbox"/> epe <input type="checkbox"/> máj <input type="checkbox"/> rosszindulatú daganatos <input type="checkbox"/> vérképzőszervi <input type="checkbox"/> idegrendszeri <input type="checkbox"/> egyéb, éspedig: .....
10.	Történt-e kórházi kezelés? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen, oka: ..... mikor: ..... eredmény: .....
11.	Jelenleg kezelés alatt áll-e? <input type="checkbox"/> igen, éspedig: ..... <input type="checkbox"/> nem
12.	Jelenleg szed-e rendszeresen gyógy- szer(ek)t? <input type="checkbox"/> igen, éspedig: ..... <input type="checkbox"/> nem
13.	Van-e alvászavara? <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van <input type="checkbox"/> korán elálmosodom <input type="checkbox"/> éjjel felébredek <input type="checkbox"/> nehezen alszom el <input type="checkbox"/> korán ébredek <input type="checkbox"/> nem pihenten ébredek <input type="checkbox"/> egyéb: .....
14.	Milyen az idegállapota? <input type="checkbox"/> kiegyensúlyozott <input type="checkbox"/> labilis <input type="checkbox"/> ingerlékeny <input type="checkbox"/> változó <input type="checkbox"/> rossz a hangulatom <input type="checkbox"/> egyéb: .....
15.	Van-e halláskárosodása? <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van
16.	Visel-e szemüveget? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> mindig <input type="checkbox"/> csak olvasáshoz <input type="checkbox"/> csak vezetéshez <input type="checkbox"/> csak az utcán
17.	Egyéb fogyatékoság? <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van, éspedig: .....
18.	Milyennek ítéli egészségét? <input type="checkbox"/> rendszerben <input type="checkbox"/> változó <input type="checkbox"/> kimerült <input type="checkbox"/> beteg <input type="checkbox"/> egyéb: .....
19.	Egyéb panasz, közlendője?
20.	Egyéb külön kérés indokolása (csecsemő részére, fényérzékenység miatti napszemüveg, speciális tápszerigény indokoltsága, otthoni gondozás indokolása, stb.)

Alulírott kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, eltitkolt betegségem nincs.

....., 20.....

.....  
Pénztártag / Jogosult aláírása

Feljegyzés: elküldve / átadva ..... orvos, intézmény részére .....-án