

JELENTKEZÉSI LAP

gépjárművezetői egészségügyi alkalmassági orvosi vizsgálatra

Név.....születési hely.....ideje.....

Vezetői engedély száma.....Személyi igazolvány szám.....

Állandó lakhely.....

Ideiglenes lakhely.....

Foglalkozása.....iskolai végzettség.....

1 csoport

2 csoport

Munkahelyen üzemorvosi rendelés igen nem

Vizsgálták-e egy éven belül igen nem

Utolsó vizsgálat óta volt-e beteg igen nem

Hány éves korában kapta első vezetői engedélyét?.....

Sportol-e igen nem alkalmyszerűen rendszeresen

Betegsége volt-e? igen nem

Sérülése volt-e? igen nem

Kezelték-e kórházban? igen nem

Tud-e veleszületett betegségről? igen nem

Tud-e szerzett betegségről? igen nem

Altatót, nyugtatót szed-e? igen nem rendszeresen alkalmyszerűen

Gyógyszert szed-e? igen nem rendszeresen alkalmyszerűen

Előfordult-e tartós szédülés? igen nem

Előfordult-e eszméletvesztés? igen nem

Jó látása van-e? igen nem

Visel-e szemüvege? igen nem távolra olvasáshoz

Előfordult-e , hogy látása elhomályosult? igen nem

Részesült-e alkoholelvonó kezelésben? igen nem

Okozott-e személyi sérüléssel járó balesetet? igen nem

Egyéb

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek.

Hely.....Év..... Hónap..... nap

.....
kérelmező aláírása