

# VSTUPNÍ, PREVENTIVNÍ, MIMOŘÁDNÁ PROHLÍDKA A PROHLÍDKA V RÁMCI VYŠETŘENÍ PŘI PODEZŘENÍ NA NEMOC Z POVOLÁNÍ ČI JEJÍ KONTROLE

Jméno, příjmení, titul: ..... Telefon: .....

Rodné číslo: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Bydliště (včetně PSČ): .....

Zaměstnavatel 1.: .....

Pracovní zařazení: .....

Zaměstnavatel 2.:  
(další pracovní poměr) .....

Pracovní zařazení: .....

Váha (kg): ..... Výška (cm): .....  pravák  levák

Praktický lékař: .....

Lékař pracovně-lékařských služeb (dříve závodní): .....

Hlášená nemoc z povolání:  ne  ano – jaká: .....Jste v pracovní neschopnosti?  ne  ano – od kdy: .....**Osobní anamnéza:**Dětské choroby:  ne  ano – jaké: .....Infekční žloutenka:  ne  ano – jaké: .....Srdeční onemocnění:  ne  ano – jaké: .....Plicní onemocnění:  ne  ano – jaké: .....Kožní onemocnění:  ne  ano – jaké: .....Onemocnění ledvin a močových cest:  ne  ano – jaké: .....Jaterní onemocnění:  ne  ano – jaké: .....Onemocnění štítné žlázy:  ne  ano – jaké: .....Onemocnění kloubů a páteře:  ne  ano – jaké: .....Onemocnění trávicího traktu:  ne  ano – jaké: .....Psychické poruchy:  ne  ano – jaké: .....Jiná onemocnění:  ne  ano – jaké: .....Operace:  ne  ano – jaké: .....Úrazy:  ne  ano – jaké: .....Hospitalizace:  ne  ano – kdy, kde, z jakého důvodu: .....

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ****Klinika pracovního lékařství**Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111Alergie:  ne  ano – přecitlivělost na: .....Projevy:  rýma  zánět spojivek  kašel, dechové potíže  kožní projevy

Užívané léky a jejich dávkování: .....

Kouření:  ne  ano – kolik denně: ..... **Návykové látky:**  ne  ano – jaké, jak často: .....**Alkohol:**pivo:  ne  ano – kolik ..... destiláty:  ne  ano – kolik ..... víno:  ne  ano – kolik .....**Pracovní anamnéza:** (vyplňte pouze v případě, že jste u nás na vyšetření poprvé, nebo po delší době)

Základní škola ukončena v roce: .....

Průběh studia od 15 let:

škola	od	do

Průběh zaměstnání v ČR: (při nedostatku místa uveďte v příloze)

zaměstnavatel	profese	od	do

**Potvrzuji, že jsem nezamlčel/a žádné skutečnosti ze svého zdravotního stavu. Jsem si vědom/a eventuálních následků svého jednání.****Prohlídka ženy:****Vzhledem ke svému pracovnímu zařazení jsem si vědoma možných následků při zamlčení případného těhotenství.**.....  
datum.....  
podpis