

Ambulance pracovně lékařských služeb (PLS) - MUDr. Petr Slaný

K první prohlídce v naší ambulanci doneste :

1) **VŽDY** výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře, 2) ranní moč, 3) žádanku o provedení lékařské prohlídky PLS

Celý formulář vyplňuje zaměstnanec před vstupem do ordinace

Podrobnosti k prohlídce můžete nalézt také na: www.oasagroup.cz

DOTAZNÍK A

Prohlášení zaměstnance ke své zdravotní způsobilosti

Určeno výhradně pro první prohlídku v naší ambulanci

Jméno a příjmení zaměstnance:			
Rodné číslo:	/	Zdravotní pojišťovna:	<input type="checkbox"/> 111 <input type="checkbox"/> 201, <input type="checkbox"/> 205, <input type="checkbox"/> 207, <input type="checkbox"/> 211, <input type="checkbox"/> 213
Bydliště:		Popř. Váš e-mail:	
Ošetřující praktický lékař:	MUDr.	Telefon	
Zaměstnavatel:			

Kouření:	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO , vypište, kolik cigaret kouříte denně? :
Alkohol:	<input type="checkbox"/> abstinent	<input type="checkbox"/> příležitostně <input type="checkbox"/> obden <input type="checkbox"/> denně, kolik a co?:
Výška:	cm	Hmotnost: kg

Zodpovzte pravdivě následující otázky, **VYZNAČTE KŘÍŽKEM správnou variantu, popř.dopište text:**

Otázka č. 1	<input type="checkbox"/> ANO
Cítíte se zdravotně schopna/zschopněn zaměstnavatelem navrhané práce?	<input type="checkbox"/> ANO, ale s omezením:
	<input type="checkbox"/> NE

Otázka č. 2	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO , jaké ? vypište:
Máte alergie?	

Otázka č. 3	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO , jaké ? vypište:
Užíváte léky?	

Otázka č. 4	<input type="checkbox"/> základní <input type="checkbox"/> vyučen(a) <input type="checkbox"/> střední škola <input type="checkbox"/> SOU <input type="checkbox"/> VŠ
Vaše ukončené nejvyšší vzdělání?	<input type="checkbox"/> studující

Otázka č. 5	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO:
Používáte brýle?	<input type="checkbox"/> na dálku – vypište počet dioptrií – pravé oko levé oko
	<input type="checkbox"/> na čtení – vypište počet dioptrií – pravé oko levé oko

Otázka č. 6	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: INVALIDNÍ DŮCHOD stupně
Máte sníženou pracovní schopnost?	Pokud ANO, kopie rozhodnutí S SEBOU, uveďte rok, kdy byl přiznán?:

Otázka č. 7	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO, jaká, vypište:
Jste sledován(a) pro psychiatrické onemocnění?	<input type="checkbox"/> DROGY <input type="checkbox"/> ALKOHOL <input type="checkbox"/> PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ
	<input type="checkbox"/> JINÁ ONEMOCNĚNÍ, VYPIŠTE:

Otázka č. 8	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO vypište (stačí i přibližně a laické názvy) :
Pracovní neschopnosti v posledních 3 letech přesahující 8 týdnů?	ROK Počet týdnů Důvod neschopenky

Ambulance pracovně lékařských služeb (PLS) - MUDr. Petr Slaný

K první prohlídce v naší ambulanci doneste :

1) **VŽDY výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře**, 2) ranní moč, 3) žádanku o provedení lékařské prohlídky PLS

Otázka č 9

Jaká závažná onemocnění jste dosud prodělal(a), nebo na co se dlouhodobě léčíte?

NE - neléčím se a nejsem sledován(a) pro žádnou z níže uvedených nemocí

ANO - prodělal(a), léčím se či jsem sledován(a) pro následující onemocnění (vypište):

A	Srdce	<input type="checkbox"/> vysoký krevní tlak, <input type="checkbox"/> infarkt, <input type="checkbox"/> arytmie <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
B	Plicе	<input type="checkbox"/> zápal plic, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> dušnost, <input type="checkbox"/> kašel, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
C	Zažívání	<input type="checkbox"/> žlučník, <input type="checkbox"/> slinivka, <input type="checkbox"/> žaludek, <input type="checkbox"/> střeva, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
D	Cévy	<input type="checkbox"/> záněty žil, <input type="checkbox"/> křečové žíly, <input type="checkbox"/> ucpání tepny, <input type="checkbox"/> vasoneuróza, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
E	Močové cesty, ledviny	<input type="checkbox"/> záněty <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
F	Krev	<input type="checkbox"/> chudokrevnost, <input type="checkbox"/> leukemie, <input type="checkbox"/> zvýšená krvácivost, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
G	Pohybový aparát	<input type="checkbox"/> páteř, <input type="checkbox"/> klouby, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
H	Kůže	<input type="checkbox"/> lupénka, <input type="checkbox"/> ekzém, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
I	Oči	<input type="checkbox"/> úraz, <input type="checkbox"/> zánět, <input type="checkbox"/> zákal, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
J	Sluch	<input type="checkbox"/> úraz, <input type="checkbox"/> zánět, <input type="checkbox"/> nedoslýchavost, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
K	Změny vědomí	<input type="checkbox"/> epilepsie, <input type="checkbox"/> kolapsy, <input type="checkbox"/> závratě, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
L	Nervová Onemocnění	<input type="checkbox"/> obrna, <input type="checkbox"/> porucha stability, <input type="checkbox"/> točení hlavy, závratě, <input type="checkbox"/> bělení, modráni prstů, <input type="checkbox"/> mozková příhoda <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
M	Metabolismus	<input type="checkbox"/> cukrovka (DIA průkaz s sebou), <input type="checkbox"/> dna, <input type="checkbox"/> vysoké tuky, <input type="checkbox"/> štítná žláza, <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
N	Závažné úrazy s následky	<input type="checkbox"/> zlomenina, <input type="checkbox"/> vykloubení, <input type="checkbox"/> amputace, <input type="checkbox"/> úraz s bezvědomím <input type="checkbox"/> jiné, vypište:
O	Ostatní	<input type="checkbox"/> jiné, vypište:

Otázka č 10

Prodělal(a) jste během života operaci?

NE

ANO, a to následující:

ROK	Důvod operace (můžete použít i laické názvy)

Vyplněno v

Datum

ROK

Prohlašuji a stvrzuji svým podpisem, že jsem všechny údaje uvedl(a) úplně a pravdivě a jsem si vědom(a) právních následků spojených se zatajením skutečného zdravotního stavu.

**Podpis
zaměstnance:**

Vyjádření registrujícího praktického lékaře

jen v případě, kdy není zapůjčena dokumentace, či není proveden výpis ze zdravotní dokumentace (v případě potřeby prosím o doplnění kopiemi odborných lékařských zpráv)

Stvrzuji svým podpisem, že výše uvedené údaje odpovídají mně dostupným údajům o zdravotním stavu v mé ambulanci registrovaného klienta:

Datum, Razítko + podpis PL: