

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

Naskenované lékařské odborné zprávy lze dodatečně zaslat na e-mail: pls@oasagroup.cz
K této prohlídce vždy doneste s sebou: 1) ranní moč, 2) žádanka o provedení lékařské prohlídky PLS

Celý formulář vyplňuje zaměstnanec před vstupem do ordinace

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

DOTAZNÍK B – uveďte doplňující údaje k předchozímu dotazníku Prohlášení zaměstnance ke své zdravotní způsobilosti

Určeno výhradně pro následnou prohlídku v naší ambulanci

Jméno a příjmení zaměstnance:			
Rodné číslo:	/	Zdravotní pojišťovna (pokud je změna):	<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 (pokud je změna):		Popř. Váš e-mail:	
Ošetřující praktický lékař (pokud je změna):	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?:
Hmotnost:		kg

Zodpovězte pravdivě následující otázky o změnách Vašeho zdravotního stavu od předchozí prohlídky v naší ambulanci, odpovědi **VYZNAČTE KŘÍŽKEM, popř. dopište text:**

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

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

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

Otázka č. 4 Používáte brýle?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO:
		<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. 5 Máte sníženou pracovní schopnost?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO: INVALIDNÍ DŮCHOD stupně
		Pokud ANO, kopie rozhodnutí S SEBOU, uveďte rok, kdy byl přiznán?:

Otázka č. 6 Jste sledován(a) pro nové psychiatrické onemocnění?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO, jaká, vypište nová onemocnění:
		<input type="checkbox"/> DROGY <input type="checkbox"/> ALKOHOL <input type="checkbox"/> PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ
		<input type="checkbox"/> JINÁ ONEMOCNĚNÍ, VYPIŠTE:

Otázka č. 7 Pracovní neschopnosti od poslední prohlídky přesahující 8 týdnů?	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO vypište (stačí i přibližně a laické názvy) :
	ROK	Počet týdnů
		Důvod neschopenky

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

Naskenované lékařské odborné zprávy lze dodatečně zaslat na e-mail: pls@oasagroup.cz
K této prohlídce vždy doneste s sebou: 1) ranní moč, 2) žádanka o provedení lékařské prohlídky PLS

Otázka č 8

Jaká závažná nová onemocnění od poslední prohlídky jste prodělal(a), nebo na co se nově dlouhodobě léčíte?

NE – vše je bez změn od poslední prohlídky

ANO – prodělal(a), léčím se či jsem sledován(a) pro následující nová onemocnění (vypíšte:)

A	Srdce	<input type="checkbox"/> vysoký krevní tlak, <input type="checkbox"/> infarkt, <input type="checkbox"/> arytmie <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
B	Plic	<input type="checkbox"/> zápal plic, <input type="checkbox"/> astma, <input type="checkbox"/> dušnost, <input type="checkbox"/> kašel, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
C	Zažívání	<input type="checkbox"/> žlučník, <input type="checkbox"/> slinivka, <input type="checkbox"/> žaludek, <input type="checkbox"/> střeva, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
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, vypíšte:
E	Močové cesty, ledviny	<input type="checkbox"/> záněty <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
F	Krev	<input type="checkbox"/> chudokrevnost, <input type="checkbox"/> leukemie, <input type="checkbox"/> zvýšená krvácivost, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
G	Pohybový aparát	<input type="checkbox"/> páteř, <input type="checkbox"/> klouby, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
H	Kůže	<input type="checkbox"/> lupénka, <input type="checkbox"/> ekzém, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
I	Oči	<input type="checkbox"/> úraz, <input type="checkbox"/> zánět, <input type="checkbox"/> zákal, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
J	Sluch	<input type="checkbox"/> úraz, <input type="checkbox"/> zánět, <input type="checkbox"/> nedoslýchavost, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
K	Změny vědomí	<input type="checkbox"/> epilepsie, <input type="checkbox"/> kolapsy, <input type="checkbox"/> závratě, <input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:
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, vypíšte:
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, vypíšte:
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, vypíšte:
O	Ostatní	<input type="checkbox"/> jiné, vypíšte:

Otázka č 9

Prodělal(a) jste novou operaci od poslední prohlídky?

NE

ANO, a to následující nové operace od poslední prohlídky:

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:

POUČENÍ: K této prohlídce **není** potřeba **výpis z dokumentace** od praktického lékaře.

Kopie lékařských odborných zpráv nebo kopie propouštěcích zpráv z nemocnice nutné přinést k této prohlídce v následujících případech (jedná se o změny zdravotního stavu, které proběhly od předchozí prohlídky u nás):

- Po prodělané operaci
- Po hospitalizaci z jiných důvodů než operace
- Pracovní neschopnost delší než 8 týdnů
- Pracovní úraz a jiné úrazy
- Závažné změny zdravotního stavu s trvalými následky, či změnou užívání léků
- Jiné vážnější změny zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na pracovní způsobilost
- Ve všech případech, kdy docházíte pravidelně k odbornému lékaři