

Orvosi alkalmassági igazolás

Háziorvos tölti ki!

Név:.....

Kezelték-e, illetve kezelik-e nevezettet az alábbiak miatt (igen-nem aláhúzásával és súlyosságát 1-től 5-ig jelölje: 5 enyhe, 1 súlyos mértékű)

		Súlyossága
1. mozgásszervi betegség:	igen – nem	(.....)
2. szív- és keringési betegség:	igen – nem	(.....)
3. magas vérnyomás:	igen – nem	(.....)
4. cukorbetegség:	igen – nem	(.....)
5. idegkimerültség:	igen – nem	(.....)
6. allergia:	igen – nem	(.....)
7. asztma:	igen – nem	(.....)
8. vese – máj betegség:	igen – nem	(.....)

Serülés, baleset:

Műtét (ideje, oka):.....

Gyógyszerérzékenység:

Testsúly:..... Testmagasság:

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

Dátum:..... P.H.

.....
házi orvos aláírása

Alulírott szülő/gondviselő kijelentem, hogy a fentiekre vonatkozóan az orvosi titoktartás alól a házi orvost felmentem.

Dátum:.....

.....
szülő/gondviselő