3. függelék az 1/2021. (I. 21.) BM OKF utasítás 2. mellékletéhez

Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!

Alulírott .................................................................................................. nevű (leánykori név is),

születési hely, év, hó, nap: ......................................................, anyja neve: .............................................

lakcíme: .........................................................................................................................................

alatti lakos kérem, hogy rendészeti oktatási intézménybe jelentkezés, illetve hivatásos,rendvédelmi igazgatási alkalmazotti jogviszony létesítése előtti egészségi alkalmassági vizsgálathoz az egészségi és pszichikai állapotomra vonatkozó adatokat az alábbi kérdőív kitöltésével közölni szíveskedjen.

Az egészségi és pszichikai állapotommal kapcsolatos adataim közléséhez hozzájárulok.

Dátum: ...........................................

..........................................

jelentkező aláírása

Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel (írja be, húzza alá):

szív- és érrendszeri betegség: .......................................... magas vérnyomás: .....................................

allergia, szénanátha: ............................. tüdő- és mellhártyagyulladás, tüdőasztma: ..........................

tüdőgümőkor (tbc): .......................................... mozgásszervi betegség: ............................................

fekélybetegség (gyomor, bél): ......................................... májbetegség: .............................................

cukorbetegség: ................................................. szem-, fülbetegség: ...................................................

idegkimerültség: ............................................................ szédülés: ......................................................

fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C): ..........................................................................................

nemi betegség: .................................................... urológiai betegség: ................................................

nőgyógyászati betegség: ......................................... egyéb betegség: .................................................

Volt-e, van-e pszichológiai problémája vagy ideg-, pszichiátriai betegsége

(epilepszia, pánikbetegség, depresszió, szorongás, alkoholfüggőség, játékszenvedély, egyéb): ..............................................................................................................................................................

Volt-e balesete (csonttörés, fej-, mellkasi, hasi, végtag sérülés) és mikor: .........................................

..............................................................................................................................................................

Volt-e eszméletvesztése, görcsrohama, ágybavizelése: ......................................................................

Volt-e, van-e beszédzavara, írási, olvasási vagy számolási problémája: ............................................

Volt-e öngyilkossági kísérlete (mikor, hogyan): .................................................................................

Kezelték-e kórházban, rehabilitációs intézetben (mikor, miért): .........................................................

Kezelték-e ideggyógyászaton, pszichiátriai intézetben (mikor, miért): ...............................................

Szedett-e, illetve szed-e rendszeresen gyógyszert (mit, miért): ...........................................................

Rendszeres orvosi kezelés alatt áll-e (mióta, miért): ............................................................................

Fogyasztott-e, fogyaszt-e kábítószert, drogot: .....................................................................................

Fogyaszt-e alkoholt, volt-e alkohol elvonó kezelésen (mikor): ...........................................................

Volt-e beteg az elmúlt egy évben (egy évre visszamenőleg a betegállományban töltött napok száma,

milyen betegségek miatt): .....................................................................................................................

Volt-e orvosszakértői vizsgálata (mikor, miért): ..................................................................................

Megállapítottak-e munkaképesség-csökkenést, illetve egészségkárosodást (hány %): .......................

Egyéb közlendő, megjegyzés: ..............................................................................................................

...............................................................................................................................................................

Dátum: .............................................

.................................................................

választott háziorvos aláírása

orvosi bélyegző és egészségügyi szolgáltató

bélyegzőjének lenyomata