

## Dotazník k lekárskej preventívnej prehliadke vo vzťahu k práci

Predkladáme Vám dotazník, ktorý je súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa § 30 ods. 4 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. lekárskech preventívnych prehliadok vo vzťahu k práci. Prosíme Vás o jeho starostlivé prečítanie a pravdivé vyplnenie. Po dôkladnom prečítaní otázky, požadovaný údaj doplňte, zakrúžkujte jednu z možností, ktorá najlepšie vystihuje Váš osobný názor na daný problém (v prípade potreby dopíšte bližšie podrobnosti).

Meno a priezvisko, titul:.....

Rodné číslo: ..... Zamestnávateľ' .....

Profesia: .....

Adresa trvalého bydliska:.....

1. **Vyskytovali, vyskytujú sa u niektorých z Vašich príbuzných (prarodičia, rodičia, deti, súrodenci) vážne ochorenia?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?
2. **Sledoval Vás v detstve lekár pre nejaké ochorenia?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké:
3. **Liečíte sa v dospelosti na nejaké ochorenie pravidelne?** ÁNO / NIE  
Ak áno, na čo?
4. **Máte v súčasnej dobe nejaké zdravotné ťažkosti?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?
5. **Užívate v súčasnosti, nejaké lieky?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?
6. **Prekonali ste v dospelosti vážnejšie ochorenie, ktorého prítomnosť si vyžiadala trvalé následky?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?
7. **Vyskytli sa u Vás problémy s chrbticou, absolvovali ste rehabilitáciu resp. liečebný telocvik?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?

8. **Mali ste nejaké operácie?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?
9. **Prekonali ste vážnejšie úrazy?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké a kedy?
10. **Zanechal úraz následky na Vašom zdraví?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aké?
11. **Mali ste niekedy pracovný úraz?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aký a v ktorom roku?
12. **Zanechal pracovný úraz následok na Vašom zdraví?** ÁNO / NIE  
Ak áno, aký?
13. **U ktorého zamestnávateľa sa stal pracovný úraz?**
14. **Máli ste niekedy poruchu vedomia?** ÁNO / NIE  
Ak áno, za akých okolností?
15. **Ste v súčasnosti pod lekársym dohľadom v nejakej špecializovanej ambulancii?** ÁNO / NIE  
Ak áno, uveďte prosím podrobnosti:
16. **Bolo u Vás zistené záchvatové ochorenie (Epilepsia)?** ÁNO / NIE
17. **Trpíte nejakými alergiami, alebo kožným ochorením? Máte alergiu na lieky, potraviny alebo faktory prostredia napr. peľ, prach?** ÁNO / NIE  
Ak áno, akú:
18. **Ak ste alergický, zhoršujú sa Vaše príznaky na pracovisku?** ÁNO / NIE
19. **Fajčíte alebo ste fajčili v minulosti?** ÁNO / NIE  
Ak áno, uveďte prosím počet ks/deň:

20. Užívate alkoholické nápoje? ÁNO / NIE / PRÍLEŽITOSTNE

21. Ste, alebo boli ste niekedy v čiastočnom alebo úplnom invalidnom dôchodku alebo bola Vám priznaná zmenená pracovná schopnosť alebo choroba z povolania?

ÁNO/ NIE

Ak áno, uveďte bližšie:

22. Pracovné podmienky a pracovné riziká na Vašom pracovisku znášate bez obtiaží?

ÁNO / NIE

Ak nie, čo Vám spôsobuje obtiaže?

**Ďalšie skutočnosti, ktoré považujete za dôležité:**

**Doterajšie profesie-pracovné zaradenie:**

**Meno a priezvisko, adresa obvodného lekára, u ktorého ste v súčasnej dobe v evidencii:**

### Čestné prehlásenie

Prehlasujem, že podľa môjho najlepšieho vedomia sú informácie, ktoré som uviedol /-la/ v dotazníku pravdivé a úplné. Informácie, ktoré pokladám za príliš dôverné, či osobné, oznámim lekárovi v priebehu zdravotnej prehliadky. Som si vedomý /á/, že zatajením, či sfalšovaním dôležitých informácií o mojom zdravotnom stave beriem na seba spoluzodpovednosť za prípadné chybné posúdenie mojej zdravotnej spôsobilosti k vykonávanej práci. Najmä v prípadoch, keď ochorenie, ktoré som neuviedol /-la/, či úmyselne zatajil /a/, je možné preukázať len špecializovanými vyšetreniami, ktoré nie sú bežnou súčasťou zdravotných prehliadok u vyšetrujúceho lekára.

Dátum: .....

Podpis pracovníka: .....