

Prohlášení o zdravotním stavu pro potřebu posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu vojenské činné služby

Příjmení a jméno občana:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince:

.....

1. Prodělal (a) jste:*)

Tuberkulózu?	ANO-NE	Kdy?
Infekční žloutenku?	ANO-NE	Kdy?
Infekční mononukleózu?	ANO-NE	Kdy?
Revmatickou horečku?	ANO-NE	Kdy?
Záchvaty bezvědomí?	ANO-NE	Kdy?
Záchvaty křečí?	ANO-NE	Kdy?
Zánět plic nebo pohrudnice?	ANO-NE	Kdy?
Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed?	ANO-NE	Kdy?
Časté angíny?	ANO-NE	Kdy a jak často?
Duševní onemocnění?	ANO-NE	Kdy a jaké?
Onemocnění ledvin?	ANO-NE	Kdy a jaké?
Pohlavní onemocnění?	ANO-NE	Kdy a jaké?
Onemocnění srdce?	ANO-NE	Kdy a jaké?
Kožní onemocnění?	ANO-NE	Kdy a jaké?
Onemocnění kostí, kloubů?	ANO-NE	Kdy a jaké?
Jiná vážnější onemocnění?	ANO-NE	Kdy a jaké?

2. Trpíte: *)

Častými bolestmi hlavy?	ANO-NE	Od kdy a jak často?
Bolestmi v zádech?	ANO-NE	Od kdy a jak často?
Nočním pomočováním?	ANO-NE	Od kdy?
Sennou rýmou?	ANO-NE	Od kdy a jak se léčíte?
Astmatickými záchvaty?	ANO-NE	Od kdy a jak často?
Náhlými záchvaty bušení srdce nebo nepravidelností tepu?	ANO-NE	Od kdy a jak často?
Koktavostí nebo jinou poruchou řeči?	ANO-NE	Jakou?
Psychickými problémy?	ANO-NE	Jakými?

3. Máte: *)

Alergii?	ANO-NE	Na co a s jakými projevy?
Ploché nohy?	ANO-NE	S jakými projevy?
Křečové žíly?	ANO-NE	S jakými projevy?
Hemoroidy?	ANO-NE	S jakými projevy?
Tříselnou nebo jinou kýlu?	ANO-NE	Jakou?
Zvýšený krevní tlak?	ANO-NE	Jaké hodnoty?
Potíže při čtení nebo psaní?	ANO-NE	Jaké?
Následky po úrazu, operaci?	ANO-NE	Jaké?
Hormonální poruchu nebo poruchy látkové výměny (např. cukrovku, poruchu štítné žlázy, dnu, zvýšený cholesterol atd.)?	ANO-NE	Jakou?
Jiné zdravotní problémy?	ANO-NE	Jaké?

4. Cítíte se zdráv? *)

ANO-NE Jaké obtíže máte?

5. Užíváte pravidelně léky? *)

ANO-NE Jaké?

6. Pijete alkoholické nápoje? *)

ANO-NE Jaké a kolik?

7. Užíváte návykové látky? *)

ANO-NE Jaké?

8. Kouříte? *)

ANO-NE Co a kolik?

9. Léčil(a) jste se někdy v nemocnici? *)

ANO-NE Kde, kdy a proč?

10. Utrpěl(a) jste vážnější úraz? *)

ANO-NE Kdy a jaký?

11. Bvl(a) jste někdy léčen(a) u psychiatra? *)

ANO-NE Kde, kdy a proč?

12. Vidíte dobře? *)

ANO-NE V jakých situacích a co špatně vidíte?

Používáte brýle?

ANO-NE Jak silné?

Používáte kontaktní čočky?

ANO-NE Jak silné?

Máte porušené vnímání barev?

ANO-NE Jaké jsou projevy?

13. Bvl(a) jste někdy vyšetřen(a): *)

z důvodu závislosti na alkoholu, návykových látkách, herních automatech?

ANO-NE Kde, kdy a proč?

14. Slyšíte dobře? *)

ANO-NE V jakých situacích a co špatně slyšíte?

Používáte sluchadla?

ANO-NE

15. Léčíte se v současné době? *)

ANO-NE Kde a proč?

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě.

V dne

Podpis žadatele

*Poznámka: *) Nehodící se škrtně.
Údaje podle potřeby doplňte na samostatný list.*