

# PROTOKOL O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE



- uchádzača o základný parašutistický výcvik a praktický zoskok padákom\*
- žiadateľa o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu\*



Priezvisko: \_\_\_\_\_ Meno: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Číslo preukazu poistenca: \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_ tel.č. \_\_\_\_\_

## Osobná anamnéza:

Prekonali ste v minulosti alebo máte v súčasnosti zdravotné problémy charakteru nižšie uvedených skupín? Ak áno, v poznámkach rozveďte bližšie!

Duševné choroby: ..... áno-nie

Alkoholizmus, liekovú alebo drogovú závislosť: ..... áno-nie

Záchvatové ochorenia /epilepsia, kŕčové stavy a pod./: ..... áno-nie

Silné bolesti hlavy: ..... áno-nie

Poruchy zmyslových orgánov /najmä zrak a sluch/: ..... áno-nie

Alergie: ..... áno-nie

Závrate a stav bezvedomia: ..... áno-nie

**Choroby** - srdcovo-cievne: ..... áno-nie

    - dýchacej sústavy: ..... áno-nie

    - tráviaceho traktu: ..... áno-nie

    - močovo-pohlavného systému: ..... áno-nie

    - pohybového aparátu: ..... áno-nie

    - metabolické /cukrovka, dna .../ ..... áno-nie

**Úrazy:** ..... áno-nie

U žien prítomnosť tehotenstva: ..... áno-nie

**Iné:** \_\_\_\_\_

**Poznámky:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Rodinná anamnéza:

Vyskytli sa v rodine závažnejšie choroby? Uveďte aké!  
\_\_\_\_\_

## Sociálna anamnéza:

Povolanie: ..... Zamestnanie: .....

Problémy sociálne, rodinné, atď.

## Abuzy:

Alkohol: ..... Káva: ..... Drog: .....

Cigarety: ..... Lieky: .....

\* nehodiace sa prečiarknite

Prehlasujem, že som nezamlčal žiadne údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a všetky údaje uvedené na prednej strane sú pravdivé.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

podpis žiadateľa

V prípade neplnoletosti žiadateľa \_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupcu

### Záznam vyšetrenia:

Hmotnosť: \_\_\_\_\_ kg

Výška: \_\_\_\_\_ cm

TK: v ľahu \_\_\_\_\_

Pulzová frekvencia: \_\_\_\_\_

Hlava, krk: \_\_\_\_\_

Hrudník: \_\_\_\_\_

Bricho: \_\_\_\_\_

Končatiny: \_\_\_\_\_

Zrak: Zraková ostrosť: P: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_ s korekciou: P: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

Farbocit: \_\_\_\_\_

Sluch: šepot: P: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

**Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o Základný parašutistický výcvik sa požaduje v zmysle zákona 164/1997 Zbierky, Príloha č.1 časť I. (zdravotná spôsobilosť na vedenie motorového vozidla).**

**Posudkový záver:** Spôsobilý(á)\* - Nespôsobilý(á) \* pre praktický výkon parašutistickej činnosti .

\_\_\_\_\_ dátum vyšetrenia

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára

\* nehodiace sa prečiarknite