

CHESTIONAR STARE DE SĂNĂTATE

Categoria examinată:	
<input type="checkbox"/> Angajare <input type="checkbox"/> Verificare periodică <input type="checkbox"/> Examinare specială	
Nume:	Prenume:
Data nașterii:	Sex: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin
Ocupație:	
Domiciliu:	
Angajator:	
De când?	
Activitate actuală:	
Ultima examinare pentru siguranța transporturilor:	
Unitatea sanitară:	
Data:	
Ați fost desemnat inapt pentru siguranța transporturilor?	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da	
Data:	
Detalii:	
Aveți probleme cu sănătatea:	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da: Care?	
Ați avut probleme de sănătate sau accidente legate de muncă de la ultima examinare?	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da: Detalii:	
Ați avut în ultimii 5 ani vreo boală, accidente, răniri, otrăviri, care să necesite spitalizare sau intervenție chirurgicală?	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da: Care?	
Ați fost examinat psihologic vreodată?	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da: Pentru ce?	
Luați medicamente în prezent?	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da, precizați următoarele:	
Medicamente:	
Dozare:	
Data primei prescripții:	
Motiv:	
Fumați?	
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Fost fumător din data de:	
<input type="checkbox"/> Da	
Dacă Da: Care este cantitatea zilnică?	

Consumați băuturi alcoolice? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da: Care este cantitatea zilnică?
Consumați droguri sau substanțe etnobotanice? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Dacă Da: Ce și cât?

Ați avut sau aveți una dintre bolile de mai jos? Răspundeți la fiecare întrebare cu DA sau NU; dacă DA, vă rugăm precizați la observații.

	da	nu		da	nu		da	nu		da	nu
Boli ale ochilor / operații la ochi			Sindrom de apnee în somn			Boli cardiace			Diabet zaharat		
Amețeli, cazuri de leșin, pierderea conștienței			Probleme psihice			Boli gastrointestinale			Cancer		
Insomnii			Dezintoxicări datorate consumului de alcool, medicamente, droguri			Surzenie			Boli renale		
Epilepsie, paralizie			Astm sau boli ale plămânilor			Boli ale sângelui (de ex: anemie)			Femei: Sunteți gravidă?		
Alte boli?											

Observații:

Cunoscând dispozițiile prevederilor art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că datele de mai sus sunt reale, complete și corecte în fiecare detaliu.

Localitate, Data

Semnătura solicitantului/solicitantei