1. számú melléklet

Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!

Alulírott ………………………………………………(születési neve: ……..…………….……………………; született (hely/idő)……………….………………………………kinek anyja neve:…………………..…………...……)

……………………………………………………..…………………….. szám alatti állandó lakóhellyel rendelkező lakos kérem, hogy a Büntetés-végrehajtási Szervezet felsőoktatási/középiskolai támogatási pályázatához szükséges egészségi 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