

## JELENTKEZÉSI LAP (1)

*Gépjármű-, kishajó-vezetői, lőfegyvertartási: egészségi alkalmassági orvosi vizsgálatra*

Név: \_\_\_\_\_ Szül. hely, idő: \_\_\_\_\_  
Vezetői engedély száma: \_\_\_\_\_ vagy Személyi igazolvány száma: \_\_\_\_\_

**1. csoport** (A, B kategória) **2. csoport** (A, B, C kategória, PÁVI, PÁVII) **Kishajó Lőfegyver**

Hány éves korában kapta első engedélyét? \_\_\_\_\_

Gyógyszert szed-e rendszeresen?	IGEN	NEM
Altatót, nyugtatót szed-e rendszeresen?	IGEN	NEM
Pszichiátriai kezelés alatt áll-e?	IGEN	NEM
Magasvérnyomás miatt kezelik-e?	IGEN	NEM
Az elmúlt 3 hónapban előfordult-e 180 feletti vagy 100 alatti vérnyomás felsőérték?	IGEN	NEM
Részesült-e alkohol-/gyógyszer-/drog-elvonó kezelésben?	IGEN	NEM
Fogyaszt-e napi szinten alkoholt?	IGEN	NEM

Testsúlya: \_\_\_\_\_ kg Testmagassága: \_\_\_\_\_ cm

Hangosan horkol-e?	IGEN	NEM
Előfordul-e alvás közben néhány másodperces légzéskimaradás?	IGEN	NEM
Előfordul-e gyakran nappali álmoság, aluszékonyság?	IGEN	NEM

Volt-e szívinfarktusa, szívműtété?	IGEN	NEM
Kezelik-e szívritmuszavar miatt?	IGEN	NEM
Van-e beültetett Pacemaker-e (ritmusszabályozója)?	IGEN	NEM
Előfordul-e időszakosan heves mellkasi fájdalma?	IGEN	NEM
Előfordul-e időszakosan fulladás, nehézlégzés?	IGEN	NEM
Előfordult-e már ájulás, eszméletvesztés?	IGEN	NEM

*Ha igen, mikor?* \_\_\_\_\_

201.....hó.....nap

\_\_\_\_\_  
Kérelmező aláírása

## JELENTKEZÉSI LAP (2)

**Gépjármű-, kishajó-vezetői, lőfegyvertartási: egészségi alkalmassági orvosi vizsgálatra**

Név: \_\_\_\_\_ Szül. hely, idő: \_\_\_\_\_

Kezelik-e cukorbetegség miatt?	IGEN	NEM
Ha igen: CSAK GYÓGYSZERREL INZULINNAL		
Az elmúlt 6 hónapban hány alkalommal esett le a vércukorszintje?	0 1 2 3 több	

Volt-e agyérgörcse, agyvérzése, agysérülése, agyműtété?	IGEN	NEM
Előfordul-e időszakosan szédüléssel roszulléte?	IGEN	NEM
Előfordult-e már epilepsziás rohama?	IGEN	NEM
Ha igen, mikor? _____		
Van-e központi idegrendszeri megbetegedése?	IGEN	NEM
Előfordul-e izmainak elgyengülése, bemerevedése, görcse, rándulása?	IGEN	NEM

Jó-e a látása?	NEM	IGEN
Visel-e szemüveget távolra nézéshez, TV nézéshez?	IGEN	NEM
Ha igen, milyen erőset (hány dioptria)? Jobb _____ Bal _____		
Előfordul-e látásának elhomályosulása?	IGEN	NEM
Jó-e a hallása?	IGEN	NEM

Idézett-e elő már személyi sérüléssel járó balesetet?	IGEN	NEM
Egyéb, járművezetést befolyásoló fontos közlendő: _____		
_____		

***Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy fenti adatok a valóságnak megfelelnek, a járművezetést befolyásoló, eltitkolt megbetegedésem/orvosi kezelése nem.***

201.....hó.....nap

\_\_\_\_\_  
Kérelmező aláírása