



PROTOKOL O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE

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

Priezvisko: _____ Meno: _____

Dátum narodenia: _____ 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, kŕčovité 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: _____ Drogy: _____

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: _____	
Brucho: _____	
Končatiny: _____	
Zrak: Zrková ostrosť: P: _____ E: _____ s korekciou: P: _____ E: _____	
Farbocit: _____	
Sluch: šepot: P: _____ E: _____	

- **Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o Základný parašutistický výcvik sa požaduje v zmysle vyhlášky 9/2009, Príloha č.5 (Minimálne požiadavky na úroveň telesnej schopnosti a duševnej schopnosti na vedenie motorových vozidiel a spôsob ich posudzovania).**

- **Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu musí byť vydaná lekárom povereným Dopravným úradom. (Článok 2.1.2. Smernice V-PARA-1)**

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

_____ dátum vyšetrenia

_____ pečiatka a podpis lekára

* nehodiace sa prečiarknite