



## PROTOKOL O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE

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

**Časť A – určená pre žiadateľa a zdravotnícke zariadenie posudzujúce zdravotnú spôsobilosť!**

**Meno a priezvisko:** \_\_\_\_\_ **Dátum narodenia:** \_\_\_\_\_

**Bydlisko:** \_\_\_\_\_ **tel. číslo:** \_\_\_\_\_

### Osobná anamnéza:

Prekonali ste v minulosti alebo máte v súčasnosti zdravotné problémy charakteru nižšie uvedených skupín?

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:** \_\_\_\_\_

### Rodinná anamnéza:

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

### Sociálna anamnéza:

Povolanie: \_\_\_\_\_ Zamestnanie: \_\_\_\_\_

Problémy sociálne, rodinné, atď.

### Abuzy:

Alkohol: \_\_\_\_\_ Káva: \_\_\_\_\_ Drogy: \_\_\_\_\_

Cigarety: \_\_\_\_\_ Lieky: \_\_\_\_\_

Vyhlasujem, 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 nepľnoletosti žiadateľa

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupcu

- 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)

\* Začiarknite požadované vyšetrenie



## POTVRDENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

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

### Časť B

určená pre Parašutistický register SNA!

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_ Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_ tel. číslo: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
dátum vyšetrenia

\_\_\_\_\_  
pečiatka a podpis lekára