

Tisztelt Háziorvos Asszony/Úr!

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

..... szám alatti állandó lakóhellyel rendelkező lakos kérem, hogy 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:.....	fekélybetegség (gyomor, bél): .....
magas vérnyomás: .....	májbetegség: .....
allergia, szénanátha: .....	cukorbetegség: .....
tüdő- és mellhártyagyulladás, tüdőasztma: .....	szem-, fülbetegség: .....
tüdőgümőkór (tbc): .....	idegkimerültség: .....
mozgásszervi betegség: .....	szédülés: .....
fertőző betegség (hepatitis B, hepatitis C): .....	
nemi betegség: .....	nőgyógyászati betegség: .....
urológiai 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, görcsroham, 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 ideggyógyászatban, 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 kábítószer, 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

ZÁRADÉK

A dokumentum elektronikus aláírással hitelesített