**JELENTKEZÉSI LAP**

 gépjárművezetői egészségi alkalmassági orvosi vizsgálatra

Név:………………………………………………………………. Szül.helye:……………………………. ideje:……………………………

Szem.ig. száma:………………………………………………..Vezetői engedélyének száma:……………………………………

Állandó lakóhelye:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Háziorvosa neve, címe:…………………………………………………………………………………………………………………………

Az engedélyt: 1. csoportba kéri 2. csoportba kéri

Sorolja fel krónikus betegségeit!.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Milyen betegséggel kezelték kórházban az elmúlt öt évben?.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Milyen sérülése, balesete volt?.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Milyen gyógyszereket szed rendszeresen?....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Altatót, nyugtatót szed-e? nem alkalomszerűen rendszeresen

Alkoholt fogyaszt-e? nem alkalomszerűen rendszeresen

Visel-e szemüveget? nem állandóan távolra olvasáshoz

Ismert-e halláskárosodása? igen nem

Idézett-e elő személyi sérüléssel járó balesetet? igen nem

Előfordult-e eszméletvesztéssel járó rosszulléte? igen nem

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek.

Eltitkolt betegségem nincs.

………………………….., 20………….., ……………………………hó………………..nap.

 ……………………………………………………….

 a kérelmező aláírása