

CHESTIONAR STARE DE SANATATE

Categoria examinata: <input type="checkbox"/> Angajare <input type="checkbox"/> Verificare periodica <input type="checkbox"/> Examinare la solicitare	
Nume:	Prenume:
Data nasterii:	Sex: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin
Ocupatie:	
Domiciliu /Resedință:	
Angajator:	
De cand?	
Activitate actuala:	
Ultima examinare pentru siguranta circulatiei: Policlinica(Unitatea sanitara): Data:	
Ati fost desemnat vreodata inapt pentru siguranta circulatiei? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Data: Detalii:	
Aveti probleme cu sanatatea: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Care?	
Ati avut probleme de sanatate sau accidente legate de munca de la ultima examinare? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Detalii:	
Ati avut in ultimii 5 ani vreo boala, accidente, raniri, otraviri, care sa necesite spitalizare sau interventie chirurgicala? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Care?	
Ati fost examinat psihologic vreodata? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Pentru ce?	
Luati medicamente in prezent? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Care sunt acestea și pentru ce afecțiune?	

Medicamente: Dozare: Data primei prescriptii: Motiv:
Fumati? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Fost fumator din data de: _____ <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Cat?
Consumati bauturi alcoolice? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Cat zilnic?
Consumati droguri sau substante etnobotanice? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Daca Da: Ce si cat?

Ati avut sau aveti una dintre bolile de mai jos? (Raspundeti la fiecare intrebare cu da sau nu; daca da , va rugam precizati la observatii.)

	da	nu		da	nu		da	nu		da	nu
Boli ale ochilor /operatii la ochi			Sindrom de apnee in somn (opriri ale respirației în timpul somnului)			Boli cardiace			Diabet zaharat		
Ameteli, cazuri de lesin, pierderea constientei			Probleme psihice			Boli gastro-intestinale			Cancer		
Insomnii			Dezintoxicari datorate consumului de alcool,medicamente, droguri			Surzenie			Boli renale		
Epilepsie, paralizie			Astm sau boli ale plamanilor			Boli ale sangelui (de ex : anemie)			Femei : Sunteti grvida ?		
Alte boli?											

Observatii :

Prin aceasta declar ca datele de mai sus le-am completat cu atentie, nu am dat date false si nici nu am ascuns informatii importante.

Localitate, Data

Semnatura solicitantului/solicitantei