



## 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, 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: \_\_\_\_\_

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).**

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

\_\_\_\_\_ dátum vyšetrenia

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára

\* nehodiace sa prečiarknite