



## DOTAZNÍK K PRACOVNĚLÉKAŘSKÉ PROHLÍDCE

Příjmení, jméno: ..... Datum narození: .....

E-mail: ..... Mobil: .....

Místo trvalého bydliště: .....

Název zaměstnavatele: **N-GASTRO CZ a.s.** Zdravotní pojišťovna: .....

Pracovní zařazení:  ČÍŠNÍK / SERVÍRKA  KUCHARĚ / KUCHARKA  OBSLUHA (stánky)  HOSTESS

.....

### OSOBNÍ ANAMNÉZA

**Pobíráte invalidní důchod:** NE / ANO pokud ano, tak:  
**jakého stupně:** .....

**pro jakou diagnózu:** .....

**Operace:** NE / ANO **kdy / jaké** .....

**Úrazy:** NE / ANO **kdy / jaké** .....

.....

#### NÁVYKY:

Kouření NE / ANO

Alkohol NE / ANO

Drogy (užívání jiných návykových látek a látek vyvolávajících závislost)

NE / ANO **jak často** *denně / týdně / příležitostně*

**jaké množství / jaký druh** .....

### ALERGIE (prosíme, vyberte)

Druh alergické reakce: alergie léková / senná rýma / alergie na pyl / alergie potravinová  
alergie na náplast / alergie na kontrastní látky / alergie na prach  
alergie na roztoče / alergie na srst zvířat

Typ alergické reakce: kožní projevy / alergický otok / ztráta vědomí

### TRVALE UŽÍVANÉ LÉKY

.....  
.....  
.....  
.....



**DOSUD LÉČEN/-A PRO**

srdeční onemocnění:	NE / ANO	
cévní mozková příhoda:	NE / ANO	
léčený vysoký krevní tlak:	NE / ANO	
cukrovka (diabetes mellitus):	NE / ANO	I. typu / II. typu způsob léčby .....
vysoká hladina cholesterolu:	NE / ANO	
onemocnění štítné žlázy:	NE / ANO	
zažívací obtíže:	NE / ANO	
nádorová onemocnění:	NE / ANO	
onemocnění močového ústrojí:	NE / ANO	
onemocnění dolních končetin:	NE / ANO	tepenné / křečové žíly bércový vřed stavy po úrazech, zlomeninách .....
onemocnění kloubů a páteře:	NE / ANO	.....
neurologická onemocnění (včetně epilepsie):	NE / ANO	.....
jiná onemocnění:	NE / ANO	.....
závažnější infekční onemocnění:	NE / ANO	.....
závažné duševní poruchy a poruchy chování:		NE / ANO
výpis ze zdravotní dokumentace od ošetřujícího lékaře:		NE / ANO
Jméno a adresa ošetřujícího (praktického) lékaře: .....		
Jste sledován/-a a pravidelně kontrolován/-a u jiného než praktického lékaře?		NE / ANO
Pokud ano, uveďte jméno a odbornost: ..... ..... .....		

Svým podpisem stvrzuji, že veškeré zde uvedené údaje jsou pravdivé a v případě, že jsem některé skutečnosti, které se svým obsahem dotýkají mého zdravotního stavu, a jsou podstatné pro výkon mého povolání, neuvedl/-a pravdivě, nebo zamlčel/-a, jsem si vědom/-a odpovědnosti z této skutečnosti vyplývající.

V Praze dne .....

.....  
podpis zaměstnance