

## Prohlášení žadatele ke své zdravotní způsobilosti k držení střelné zbraně

Jméno a příjmení posuzované osoby \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Průkaz totožnosti, jeho číslo \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště \_\_\_\_\_

1. *Cítíte se zdrav? Pokud ne, uveďte Vaše zdravotní obtíže.*
  
2. *Léčíte se nebo jste byl v minulosti soustavně léčen? Pokud ano, uveďte pro která onemocnění.*
  
3. *Užíváte pravidelně léky? Pokud ano, vyjmenujte jaké.*
  
4. *Byl jste v minulosti vyšetřen na neurologii? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.*
  
5. *Byl jste v minulosti vyšetřen na psychiatrii? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.*
  
6. *Byl jste v minulosti vyšetřen psychologem nebo jste vyplňoval psychologické testy? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.*
  
7. *Byl jste v minulosti vyšetřen pro závislost na alkoholu či jiných návykových látkách?*
  
8. *Jste voják? Pokud ne uveďte důvody pokud jsou zdravotní.*
  
9. *Bylo Vám v minulosti ze zdravotních důvodů odmítnuto vydání zbrojního průkazu nebo řidičského průkazu? Pokud ano, uveďte pro jaké onemocnění.*
  
10. *Byl Vám v minulosti ze zdravotních důvodů zbrojní průkaz nebo řidičský průkaz odebrán? Pokud ano, uveďte pro jaké onemocnění.*

V Praze dne \_\_\_\_\_

Podpis žadatele: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře: \_\_\_\_\_

Vážená paní, vážený pane,

formulář, který právě dostáváte do ruky, je jednoduchým zdravotním dotazníkem. Údaje, které v něm uvedete, podléhají pravidlům zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách. Žádné zdravotní údaje nebudou dány k dispozici třetí osobě, tedy ani Vašemu zaměstnavateli či úřadu, který posouzení zdravotního stavu požaduje. Dovolte, abych Vás ujistil, že formulář slouží k maximálnímu urychlení průběhu lékařské prohlídky. Věřím, že se nám podaří zdržet Vás celou procedurou co nejméně.

Obsahem prohlídky je zejména přehled anamnézy se zaměřením na změny zdravotního stavu, rizikové faktory a profesní rizika. V rodinné anamnéze je kladen důraz na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, výskyt vysokého krevního tlaku, cukrovky, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, kontrola očkování proti tetanu. U řidičů – profesionálů, řidičů referentských vozidel, obsluhy plavidel, speciálních strojů a držitelů zbrojního průkazu se provádí orientační vyšetření sluchu, zrakové ostrosti a barvocitu.

K prohlídce se, prosím, telefonicky objednejte v recepci tel. 22438 3422. S sebou přineste tento vyplněný dotazník a vzorek ranní moče. Jste-li občanem se změněnou pracovní schopností nebo Vám byla přiznána invalidita, vezměte toto rozhodnutí s sebou. Pokud u Vás bude posuzována i zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel nebo držení zbrojního průkazu, přineste s sebou také tyto předvyplněné formuláře.

*Za laskavou spolupráci děkujeme a těšíme se na setkání.*

MUDr. Pavel Lindovský a kolektiv MEDLIN s.r.o.

Titul, příjmení a jméno: \_\_\_\_\_  
Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Zdravotní pojištění: \_\_\_\_\_  
Adresa bydliště: \_\_\_\_\_  
Číslo průkazu totožnosti: \_\_\_\_\_  
Telefonní kontakt: \_\_\_\_\_  
Zaměstnavatel vč. IČO: \_\_\_\_\_ (vyplní se v případě, že je posudek vystavován také pro zaměstnavatele)  
Zaměstnán jako: \_\_\_\_\_ (vyplní se v případě, že je posudek vystavován také pro zaměstnavatele)  
**Změna pracovní schopnosti:** ANO  NE  **Invalidní důchod:** ANO  NE   
**Řidič – profesionál:** ANO  NE  **Řidič referentského vozidla:** ANO  NE   
**Stranová dominance:** Pravák  Levák  Přeúčený levák

**Závažná onemocnění (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, ledvin, jater, trávicího traktu, ...):**

**Infekční onemocnění a poruchy imunity (spála, revmatická horečka, TBC...):**

**Závažnější úrazy s trvalejšími následky (rok, druh a způsob léčby úrazu):**

**Operace (rok a druh provedeného výkonu):**

**Poruchy pohybového aparátu (bolesti zad, skolióza, bolesti kloubů...):**

**Datum očkování proti tetanu, případně dalších očkování (klíšťová encefalitida, žloutenky, ...):**

**Alergie:**

**Rodinná dispozice (cukrovka, vysoký tlak, onemocnění srdce, nádorová onemocnění...):**

Otec - rok narození: \_\_\_\_\_

Matka - rok narození: \_\_\_\_\_

Sourozenci – pohlaví, rok narození: \_\_\_\_\_

**Dlouhodobě užívané léky:**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Podpis:**

Výška	cm	Váha	kg	TK	/	mmHg	Pulz	TAT:
Určité:				Visus:	PO	/	Barvocit	Sluch
					LO	/		