

MUNKAVÁLLALÓ EGÉSZSÉGÜGYI TÖRZSLAPJA

Név:											TAJ szám:										
Lakcím:											Születési idő:										
Születési hely:											Anyja neve:										
Telefonszám:											E-mail cím:										
Iskolai végzettség:											Szakmai képzettség:										
Testsúly:	_____kg		Magasság:	_____cm		Jogosítvány:	van		nincs		Katonai szolgálat:	volt		nem volt							
Étkezési szokások:	normál rendszertelen paleo vegetáriánus vegán egyéb: _____																				

Dohányzás		Alkoholfogyasztás		Sportolás	
☐	igen, _____éve, napi _____db	☐	igen, fajtája: _____ mennyiség: _____	☐	rendszeresen, heti _____
☐	leszokott _____éve	☐	abbahagyta _____éve	☐	rendszertelenül, havi _____
☐	nem dohányzik	☐	nem iszik alkoholt	☐	nem sportol

Családi előzmények	Szív-érrendszeri	Légzőszervi	Daganat	Emésztőszervi	Anyagcsere	Pszichés	Egyéb
Apa:							
Anyja:							
Testvér(ek):							

Allergiás túlérzékenység: (gyógyszer, vegyi anyag, egyéb)	
Bejelentett foglalkozási betegség(ek): (diagnózis, bejelentés időpontja)	
Előző lényegesebb betegségek, műtétek, balesetek: (diagn., időpont)	
Jelenlegi ismert betegségek: (diagnózis, időpont)	
Rendszeresen szedett gyógyszerek:	



Egészségi állapotomról és a munkakörülményekről a felvilágosítást megkaptam, továbbá aláírással hozzájárulok, hogy az Artemis Medical Kft. a fenti és a vizsgálatok során elektronikusan rögzített személyes adataimat a velem kapcsolatos egészségügyi tevékenységeinek ellátása céljából kezelje, valamint igazolom, hogy a vizsgálatok során rögzített adatok a valóságnak megfelelnek. ELTITKOLT BETEGSÉGEM NINCST.

.....
orvos aláírása

Dátum:

.....
munkavállaló aláírása