



**Részletes vizsgálat**

Magasság: ..... (cm)      Testsúly: ..... (kg)  
 Pulzusszám: ...../min      Szívritmus: .....  
 Vérnyomás: .....      Szisztolés: ..... Hgmm      Diasztolés: ..... Hgmm

**Laboratóriumi vizsgálat**

Vizeletben      Cukor: .....      Protein:.....

	Normális	Rendellenes		Normális	Rendellenes
Fej	-	-	Visszerek	-	-
Arcüregek, orr, gége	-	-	Erek	-	-
Száj, íny	-	-	Hasüreg és zsigerek	-	-
Fülek (ált.)	-	-	Sérv	-	-
Dobhártya	-	-	Végbélnyílás	-	-
Szemek	-	-	Húgy- és ivarszervi rendszer	-	-
Szemfenéki kép	-	-	Alsó és felső végtagok	-	-
Pupilla	-	-	Gerincoszlop	-	-
Szemmozgások	-	-	Idegvizsgálat	-	-
Tüdők és mellkas	-	-	Pszichiátriai vizsgálat	-	-
Mellvizsgálat	-	-	Külső megjelenés	-	-
Szív	-	-			
Bőr	-	-			

Mellkasröntgen vizsgálat időpontja(év/hó/nap).....-án  
 Eredménye:.....

Egyéb diagnosztikai vizsgálat(ok) és eredménye(i):

.....vizsgálat eredménye:.....  
 .....vizsgálat eredménye:.....

.....vizsgálat eredménye: .....

.....vizsgálat eredménye: .....

A vizsgáló orvos megjegyzései:

Oltási állapot feljegyezve:

\_ igen

\_ nem

### 3. A munkaköri alkalmasság minősítése

A ..... nevű vizsgált személy nyilatkozata, klinikai vizsgálataim és a fenti diagnosztikai vizsgálati eredmények alapján nevezett munkavállaló

	Fedélzeti szolgálatra	Gépszolgálatra	Segédszolgálatra
Alkalmas	—	—	—
Alkalmatlan	—	—	—
Ideiglenesen alkalmatlan	—	—	—

Látásjavító eszköz szükséges: \_ igen \_ nem

### 4. A vizsgáló orvos intézkedése

Beutalás további vizsgálatokra, szakorvosi rendelésre:.....

A munkaköri alkalmassági vizsgálat helye:.....

A munkaköri alkalmassági vizsgálat időpontja:.....

Az egészségügyi bizonyítvány lejártának időpontja:.....

P. H.

.....  
(A vizsgáló orvos neve nyomtatott betűvel.)

A vizsgáló orvos aláírása:.....

A vizsgálatok és az alkalmasság értékelése a hajózási egészségi alkalmasság feltételeiről és vizsgálati rendjéről szóló 21/2002. (XI. 8.) GKM-ESZCSM együttes rendeletben kapott felhatalmazás alapján történt.

Elismerem, hogy az egészségügyi törzslap tartalmával megismertettek.

A vizsgált személy aláírása: .....

(A vizsgáló orvos jelenlétében kell aláírni.)