

**ORVOSI IGAZOLÁS**  
**belvízi hajós egészségi alkalmasságának minősítéséről**

..... SZ.			
<b>Név/Leánykori név:</b>		Anyja neve:	
<b>Születési hely, idő:</b>		Személyazonosító okmány száma:	
<b>I.</b>	Látási követelmények	jobb szem	bal szem
	Távokra:		
	Látásjavító eszközzel:		
	Közelre:		
	Szürkületi látás:		
	Látótér:		
	Szemmozgások:		
	Színlátás:		
	<b>A vizsgálat eredménye:</b>	megfelelő	nem megfelelő
<b>II.</b>	Hallás: A halláskárosodás meghaladja a 30 dB-t 500, 1000 és 2000 Hz frekvenciánál:		
	jobb fül	_ igen	_ nem
	bal fül	_ igen	_ nem
	Hallókészülék szükséges:	_ igen	_ nem
	<b>A vizsgálat eredménye</b>	_ megfelelő	_ nem megfelelő
<b>III.</b>	20 kg súly felemelésének képessége:	_ igen	_ nem
<b>IV.</b>	A részletes vizsgálatok eredményei:		
<b>A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése</b>			
Fedélzeti szolgálatra	_ alkalmas	_ nem alkalmas	
Gépüzemi szolgálatra	_ alkalmas	_ nem alkalmas	
Segédszolgálatra	_ alkalmas	_ nem alkalmas	
A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése érvényes .....-ig			

.....  
hely, dátum

.....  
a hajózási hatóság által kijelölt  
orvos aláírása, pecsétje