

# Egészségügyi nyilatkozat

**Iskolaszövetkezet**

Név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

1., Az elmúlt egy évben:

a., Volt-e műtéted?

 Nem  Igen, éspedig: \_\_\_\_\_

b., Volt-e csonttörésed?

 Nem  Igen, éspedig: \_\_\_\_\_

2., Van-e veleszületett, vagy szerzett érzékszervi fogyatékoságod?

 Nincs  Igen, éspedig: \_\_\_\_\_

3., Van-e testi fogyatékoságod?

 Nincs  Igen, éspedig: \_\_\_\_\_

4., Van-e krónikus betegséged? (szív-érrendszeri, cukorbetegség, hipertonia, epilepszia, stb)

 Nincs  Igen, éspedig: \_\_\_\_\_

5., Van-e allergiád?

 Nincs  Igen, éspedig: \_\_\_\_\_

6., Állsz-e jelenleg gyógyszeres kezelés alatt?

 Nem  Igen, éspedig: (gyógyszer és betegség megnevezése)  
\_\_\_\_\_

7., Jelenleg terhes vagy-e? (Csak nők töltik ki)

 Nem  Igen

Aláírással igazolom, hogy a fenti adatok valósak, amennyiben a megnevezett kérdésekben változás következik be, haladéktalanul bejelentem.

Alulírott kötelezem magam arra, hogy az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnál – a munkáltató egyidejű értesítése mellett – soron kívüli alkalmassági vizsgálaton jelentkezem, ha magamon, vagy velem egy háztartásban élő személyen az alábbi tünetek bármelyikét észlelem: sárgaság, hasmenés, hányás, láz, torokgyulladás, bőrkütiés, egyéb bőrelváltozás (a legkisebb bőrgennyesedés, sérülés stb.), váladékozó szembetegség, fül- és orrfolyás.

Bejelentési kötelezettségem akkor is fennáll, amennyiben hosszabb ideig nem vállaltam munkát és ilyen időszakos távollétem alatt észleltem a fenti tünetek bármelyikét magamon.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségvállalás járványügyi érdekből kiemelt munkakörben történő foglalkoztatásom, ilyen munkaterületen tevékenységem folytatásának feltétele, és hogy az általam közölt adatokat szolgálati titokként kezelik.

Aláírás helye és dátuma: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tag és munkavállaló aláírása