

# VZOR DOTAZNÍKU

VYPLŇTE DOTAZNÍK A PO JEHO DOPLNĚNÍ  
REGISTRUJÍCÍM LÉKAŘEM JEJ SPOLU S JEDNOU  
FOTOGRAFIÍ 35 x 45 mm NEJPOZDĚJI DO 30 DNŮ  
VRAŤTE KRAJSKÉMU VOJENSKÉMU  
VELITELSTVÍ

## DOTAZNÍK Část I. VŠEOBECNÉ ÚDAJE

V nejbližší době budete podroben odvodnímu řízení. K tomu potřebuje krajské vojenské velitelství (KVV) znát předem údaje v tomto dotazníku obsažené. Sdělené informace jsou chráněny v souladu se zvláštním zákonem.

Tuto část vyplní občan.

Razítko KVV

Jméno nebo jména a příjmení	Rodné číslo
Adresa místa trvalého pobytu	
Jméno nebo jména, příjmení a adresa trvalého pobytu rodičů nebo manželky (manžela) anebo družky (druha)	

1. Studoval jste nebo studujete v současné době nějakou školu? ANO – NE, jakou?
2. Jste vyučen (nebo se učíte) některému povolání ? ANO - NE, s maturitou - bez maturity, kterému?  
Jste zaměstnán? ANO -NE, jaké vykonáváte zaměstnání?  
těžkou fyzickou práci - středně těžkou práci – lehkou práci - převážně sedavé zaměstnání.
3. Jste občanem se změněnou pracovní schopností? ANO - NE, důvod?  
Jste invalidní? ANO - NE, plně - částečně, důvod?
4. Ovládáte některý cizí jazyk? ANO - NE, dobře - částečně, jaký?
5. Jste držitelem řidičského průkazu? ANO - NE, skupiny
6. Provádíte v některé organizaci  
- plachtařský výcvik: ANO - NE, para výcvik: ANO - NE, kynologický výcvik: ANO - NE,  
- sportovní potápění: ANO - NE, radistický výcvik: ANO - NE,  
- hasičský výcvik: ANO - NE, jiný výcvik: ANO -NE, jaký?
7. Umíte plavat? ANO -NE, dobře --částečně (alespoň 50 m)
8. Jiné zvláštní schopnosti a znalosti: ANO – NE, jaké?
9. Získaná oprávnění: ANO – NE, jaká?

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
Vlastnoruční podpis

**POZNÁMKA:** Požadované údaje o Vaší osobě zakroužkujte, popřípadě doplňte dalšími údaji.  
Nehodící se škrtněte!

## DOTAZNÍK

Část II.  
ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Razítko KVV

### A. Anamnéza - vyplní občan.

<p>----- Jméno nebo jména a příjmení -----</p>	<p>----- Rodné číslo -----</p>
<p>----- Adresa místa trvalého pobytu -----</p>	
<p>----- Jméno nebo jména, příjmení a adresa trvalého pobytu rodičů nebo manželky (manžela) anebo družky (druha) -----</p>	

- |                                        |        |                         |                                      |        |                               |
|----------------------------------------|--------|-------------------------|--------------------------------------|--------|-------------------------------|
| 1. Prodělal jste:                      |        |                         |                                      |        |                               |
| tuberkulózu?                           | ANO-NE | Kdy?                    | časté angíny?                        | ANO-NE | Kdy a jak často?              |
| infekční žloutenku?                    | ANO-NE | Kdy?                    | duševní onemocnění?                  | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| infekční mononukleózu?                 | ANO-NE | Kdy?                    | onemocnění ledvin?                   | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| revmatickou horečku?                   | ANO-NE | Kdy?                    | pohlavní onemocnění?                 | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| záchvaty bezvědomí?                    | ANO-NE | Kdy?                    | onemocnění srdce?                    | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| záchvaty křečí?                        | ANO-NE | Kdy?                    | kožní onemocnění?                    | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| zánět plic, pohrudnice?                | ANO-NE | Kdy?                    | onemocnění kostí, kloubů?            | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| žaludeční nebo dvanáctníkový vřed?     | ANO-NE | Kdy?                    | jiná vážnější onemocnění?            | ANO-NE | Kdy a jaké?                   |
| 2. Trpíte                              |        |                         |                                      |        |                               |
| častými bolestmi hlavy?                | ANO-NE | Kdy?                    | astmatickými záchvaty?               | ANO-NE | Kdy a jak často?              |
| bolestmi v zádech?                     | ANO-NE | Kdy?                    | náhlými záchvaty bušení srdce        |        |                               |
| nočním pomočováním?                    | ANO-NE | Od kdy?                 | nebo nepravidelnosti tepu?           | ANO-NE | Kdy a jak často?              |
| sennou rýmou?                          | ANO-NE | Od kdy a jak se léčíte? | koktavosti nebo jinou poruchou řeči? | ANO-NE | Jakou?                        |
| 3. Máte:                               |        |                         |                                      |        |                               |
| ploché nohy?                           | ANO-NE |                         | potíže při čtení nebo psaní?         | ANO-NE | Jaké?                         |
| křečové žíly?                          | ANO-NE |                         | následky po úrazu, operaci?          | ANO-NE | Jaké?                         |
| hemoroidy?                             | ANO-NE |                         | hormonální poruchu nebo poruchu      | ANO-NE | Jakou?                        |
| tříslelnou nebo jinou kýlu?            | ANO-NE | Jakou?                  | látkové výměny?                      |        |                               |
| zvýšený krevní tlak?                   | ANO-NE | Jaké hodnoty?           | jiné zdravotní problémy?             | ANO-NE | Jaké?                         |
| 4. Cítíte se zdráv?                    | ANO-NE | Jaké obtíže máte?       | 12. Vidíte dobře?                    | ANO-NE | Jak silné brýle musíte nosit? |
| 5. Užíváte pravidelně léky?            | ANO-NE | Jaké?                   |                                      |        |                               |
| 6. Pijete alkoholické nápoje?          | ANO-NE | Jaké a kolik?           | používáte kontaktní čočky?           | ANO-NE | Jak silné?                    |
| 7. Užíváte návykové látky?             | ANO-NE | Jaké?                   | máte porušené vnímání barev?         | ANO-NE |                               |
| 8. Kouříte?                            | ANO-NE | Co a kolik?             | 13. Byl jste někdy vyšetřen z důvodu | ANO-NE | Kde, kdy a proč?              |
| 9. Léčil jste se někdy v nemocnici?    | ANO-NE | Kde, kdy a proč?        | závislosti na alkoholu, návykových   |        |                               |
| 10. Utrpěl jste vážnější úraz?         | ANO-NE | Kdy a jaký?             | látkách, herních automatech?         |        |                               |
|                                        |        |                         | 14. Slyšíte dobře?                   | ANO-NE | Používáte sluchadla?          |
| 11. Byl jste někdy léčen u psychiatra? | ANO-NE | Kde, kdy a proč?        | 15. Léčíte se v současné době?       | ANO-NE | Kde a proč?                   |

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

Vlastnoruční podpis

**POZNÁMKA:** Nehodící se škrtněte! Požadované údaje doplňte skutečným údajem, podle potřeby na samostatný list.

**B. Objektivní údaje o zdravotním stavu - vyplní lékař**

Silně orámovanou část vyplní registrující lékař. Uvede požadované údaje o zdravotním stavu zjištěné při poslední preventivní prohlídce, popř. je doplní o výsledky nových vyšetření, provedených v období od této prohlídky do doby vyplnění dotazníku. Diagnostické závěry musí být řádně objektivizovány nebo doloženy odbornými nálezy anebo jejich kopiemi. Případné další údaje důležité k posouzení zdravotní způsobilosti připojí na samostatném listu.

<b>Upřesnění anamnézy:</b> rodinná zátěž, alergie, nadměrné užívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek, závažné úrazy, operace aj.		<b>Nález při odvodním řízení a dalších posouzeních zdravotní způsobilosti (vyplní lékař odvodní nebo přezkumné komise)</b>					
<b>Očkování:</b> Tbc ..... tetanus ..... jiné .....		<b>Poslední preventivní prohlídka - datum</b>	Chrup sanován ? ANO - NE  Výška: ..... cm Hmotnost: ..... kg	.....	.....	.....	.....
<b>Dispenzarizace pro:</b> .....		od .....	<b>Temp:</b> ..... <b>TK:</b> ..... bílkovina: ..... <b>Moč:</b> cukr: ..... urobilinogen:..... <b>Visus naturalis:</b> <b>OP:</b> ..... <b>OL:</b> ..... Základní barevné signály rozeznává? ANO - NE <b>Sluch</b> (akcentovaný šepot v m) <b>P:</b> ..... <b>L:</b> .....	.....	.....	.....	.....
<b>Popis chorobných změn</b>		<b>Předběžné vyhodnocení údajů o zdravotním stavu (návrh zdravotní klasifikace)</b>  ..... Datum ..... Podpis a razítko lékaře .....					
<b>Léčba, úlevy, jiná opatření</b>		<b>Nález při odvodním řízení (diagnózy, zdravotní klasifikace, odvodní rozhodnutí)</b>  ..... Datum ..... Podpis a razítko lékaře .....					
<b>Diagnostický a funkční závěr</b>		<b>Záznamy při dalších posouzeních zdravotní způsobilosti</b>  ..... Datum výpisu ..... Podpis a razítko lékaře .....					
<b>Nemocnost za poslední rok</b>		<b>Připojené odborné nálezy:</b> (Odborné oddělení, datum)					