

VYPLŇTE DOTAZNÍK A PO JEHO DOPLNĚNÍ  
OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘEM JEJ SPOLU SE DVĚMA  
FOTOGRAFIEMI 3,5 x 4,5 cm NEPRODLENĚ  
VRAŤTE ÚZEMNÍ VOJENSKÉ SPRÁVĚ

VZOR

**DOTAZNÍK**

Část I.

**VŠEOBECNÉ ÚDAJE**

V letošním roce nebo roce následujícím budete podroben odvodu. K tomu potřebuje územní vojenská správa (ÚVS) znát předem údaje v tomto dotazníku obsažené. **Sdělené informace jsou považovány za důvěrné.**

Tuto část vyplní občan.

Razítko ÚVS

..... Titul, jméno a příjmení	..... Rodné číslo
..... Název a adresa zaměstnavatele	..... Vykonávaný druh práce - profese v zaměstnání
..... Trvalý pobyt, PSČ	
..... Jméno, příjmení a trvalý pobyt rodičů nebo manželky (družky), PSČ	

1. Povinnou školní docházku jste ukončil v roce ..... v ..... třídě základní (zvláštní) školy .....
2. Studujete v současné době (nebo jste již ukončil) některou z níže uvedených druhů škol ?  
gymnázium : ANO - NE , střední odbornou školu : ANO - NE, druh této školy .....  
s maturitou - bez maturity , jiný druh školy : ANO - NE, jaký ? .....  
Předpokládaná doba ukončení studia ..... , hodláte pokračovat ve studiu na vysoké škole ? ANO - NE - ZATÍM NEVÍM.
3. Jste vyučen (nebo se učíte) některému povolání ? ANO - NE , s maturitou - bez maturity, kterému ? .....  
v kterém roce se vyučíte ? ..... Jste zaměstnán ? ANO - NE, jakou vykonáváte práci ?  
těžkou fyzickou - středně těžkou - lehkou - převážně sedavé zaměstnání,
4. Jste občanem se změněnou pracovní schopností ? ANO - NE, z jakého důvodu ? .....  
Jste invalidní ? ANO - NE, plně - částečně, z jakého důvodu ? .....
5. Budete žádat odklad nástupu vojenské služby ? ANO - NE, z jakého důvodu ? .....
6. Ovládáte některý cizí jazyk ? ANO - NE, dobře - částečně, jaký ? .....
7. Vlastníte řidičský průkaz ? ANO - NE, skupiny .....
8. Získáte do nástupu zákl. služby řidičský průkaz ? ANO - NE, skupiny .....
9. Provádíte v některé organizaci  
- plachtařský výcvik : ANO - NE, para výcvik : ANO - NE, kynologický výcvik : ANO - NE,  
- sportovní potápění : ANO - NE, radistický výcvik : ANO - NE, modelářský výcvik : ANO - NE,  
- požární výcvik : ANO - NE, jiný výcvik : ANO - NE, jaký ? .....
10. Ovládáte výpočetní techniku ? ANO - NE, jaké zaměření ? .....
11. Pěstujete aktivně nějaký sport ? závodně : ANO - NE, jaký ? .....  
rekreačně : ANO - NE , jaký ? .....
12. Umíte plavat ? ANO - NE, dobře - částečně (alespoň 50 m),
13. Umíte svářet ? ANO - NE, máte příslušnou zkoušku ? ANO - NE, jakou .....
14. Máte jiné osobní záliby ? ANO - NE , jaké ? .....

**POZNÁMKA: Požadované údaje o Vaší osobě buď doplňte skutečným údajem nebo podtrhněte.  
Neodpovídající škrtněte.**

15. Máte zájem o řídicí výcvik? ANO - NE
16. Máte nějaké rodinné problémy popř. těžkosti, k nimž by bylo třeba při povolání do vojenské činné služby přihlídnout ?  
ANO - NE a jaké ? .....
17. Máte zájem stát se vojákem z povolání ? ANO - NE - JEŠTĚ NEJSEM ROZHODNUT.
18. Máte zájem o zařazení do poddůstojnické školy ? ANO - NE, kurzu velitelů v záloze ? ANO - NE
19. U kterého druhu vojska nebo zbraně byste chtěl konat vojenskou činnou službu ?  
.....

V ..... dne .....  
Vlastnoruční podpis

## DOTAZNÍK

Část II.

### ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Razítko ÚVS

Dostavte se po obdržení a vyplnění dotazníku neprodleně ke svému ošetřujícímu lékaři.

#### A. Anamnéza - vyplní občan.

Titul, jméno a příjmení	Rodné číslo
Název a adresa zaměstnavatele	Vykonyvané druh práce - profese v zaměstnání
Trvalý pobyt, PSČ	
Jméno, příjmení a trvalý pobyt rodičů nebo manželky (družky), PSČ	

- |  |                                      |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1. Vyskytly se ve Vaší rodině (u rodičů, sourozenců, manželky, družky, dětí) |                                      |                                      |  |
| tuberkulóza?   | ANO-NE U koho? .....                 | vyšoký krevní tlak?                  | ANO-NE U koho? .....                       |
| cukrovka?  | ANO-NE U koho? .....                 | duševní nemoci?                      | ANO-NE U koho? .....                       |
| plicní astma?  | ANO-NE U koho? .....                 | sebevraždy?                          | ANO-NE U koho? .....                       |
| nádorové onemocnění?   | ANO-NE U koho? .....                 | jiná vážná nemoc?                    | ANO-NE U koho a jaká? .....                |
| 2. Prodléval jste:   |                                      |                                      |  |
| tuberkulózu?   | ANO-NE Kdy? .....                    | časté anginy?                        | 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? .....                   |
| 3. 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? ..... | koktavostí nebo jinou poruchou řeči? | ANO-NE Jakou? .....                        |
| 4. Máte:   |                                      |                                      |  |
| ploché nohy?   | ANO-NE                               | potiže při čtení nebo psaní?         | ANO-NE Jaké? .....                         |
| křečové žíly?  | ANO-NE                               | následky po úrazu, operaci?          | ANO-NE Jaké? .....                         |
| hemeroidy?   | ANO-NE                               | hormonální poruchu nebo poruchu      | ANO-NE Jakou? .....                        |
| tříselnou nebo jinou kýlu?   | ANO-NE Jakou? .....                  | látkové výměny?                      |  |
| zvýšený krevní tlak?   | ANO-NE Jaké hodnoty? .....           | jiné zdravotní problémy?             | ANO-NE Jaké? .....                         |
| 5. Citíte se zdráv?  | ANO-NE Jaké obtíže máte? .....       | 13. Vidíte dobře?                    | ANO-NE Jak silné brýle musíte nosit? ..... |
| 6. Užíváte pravidelné léky?  | ANO-NE Jaké? .....                   |                                      | ANO-NE Jak silné? .....                    |
| 7. Pijete alkoholické nápoje?  | ANO-NE Jaké a kolik? .....           | používáte kontaktní čočky?           | ANO-NE                                     |
| 8. Užíváte návykové látky?   | ANO-NE Jaké? .....                   | máte porušené vnímání barev?         | ANO-NE                                     |
| 9. Kouříte?  | ANO-NE Co a kolik? .....             | 14. Byl jste někdy vyšetřen z důvodu | ANO-NE Kde, kdy a proč? .....              |
| 10. Léčili jste se někdy v nemocnici?  | ANO-NE Kde, kdy a proč? .....        | závislosti na alkoholu, návykových   |  |
| 11. Utrpěl jste vážnější úraz?   | ANO-NE Kdy a jaký? .....             | látkách, herních automatech?         |  |
|  |                                      | 15. Slyšíte dobře?                   | ANO-NE Používáte sluchadla? .....          |
| 12. Byl jste někdy léčen u psychiatra?                                       | ANO-NE Kde, kdy a proč? .....        | 16. Léčíte se v současné době?       | ANO-NE Kde a proč? .....                   |

Potvrzuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a jsem si zároveň vědom odpovědnosti vůči územní vojenské správě za následky, které by z nepravdivých nebo neúplných údajů vznikly.

V ..... dne .....

Vlastnoruční podpis

**POZNÁMKA: Nehodící se škrtněte ! Požadované údaje doplňte skutečným údajem.**

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

Silně orámovanou část vyplní ošetřující (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. Případně 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 odvodu</b> a dalších posouzeních zdravotní způsobilosti (vyplní lékař odvodní nebo přezkumné komise)			
Tbc ..... <b>Očkování:</b> tetanus ..... jiné .....	<b>Poslední preventivní prohlídka - datum</b>	Chrup sanován ? ANO - NE			
		Výška: ..... cm Hmotnost: ..... kg			
<b>Dispensarizace pro:</b> .....		Tep: .....			
od .....		TK: .....			
<b>Popis chorobných změn</b>		bílkovina: .....			
		Moč: cukr: .....			
		urobilinogen:.....			
		Visus naturalis:			
		OP: .....			
		OL: .....			
		Základní barevné signály rozeznává? ANO - NE			
		Sluch (akcentovaný šepot v m)			
		P: .....			
		L: .....			
<b>Léčba, úlevy, jiná opatření</b>		<b>Předběžné vyhodnocení údajů o zdravotním stavu</b> (návrh zdravotní klasifikace)			
		.....			
		Datum		Podpis a razítko lékaře	
<b>Diagnostický a funkční závěr</b>		<b>Nález při odvodu</b> (diagnózy, zdravotní klasifikace, odvodní rozhodnutí)			
		.....			
		Datum		Podpis a razítko lékaře	
<b>Nemocnost za poslední rok</b>		<b>Záznamy při dalších posouzeních zdravotní způsobilosti</b>			
		.....			
.....		.....			
Datum výpisu		Podpis a razítko lékaře			
<b>Připojené odborné nálezy:</b> (Odborné oddělení, datum)					

## DOTAZNÍK

Část III.

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Razítko ÚVS

Po propuštění z vojenské činné služby předejte část III. tohoto dotazníku svému ošetřujícímu lékaři.

**A. Anamnéza - vyplní občan**

..... Titul, jméno a příjmení	..... Rodné číslo
..... Název a adresa zaměstnavatele	..... Vykonávaný druh práce - profese v zaměstnání
..... Trvalý pobyt, PSČ	
..... Jméno, příjmení a trvalý pobyt rodičů nebo manželky (družky), PSČ	

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Vyskytly se ve Vaší rodině (u rodičů, sourozenců, manželky, družky, děti) |  |  |
| tuberkulóza? ANO-NE U koho? .....  | vysoký krevní tlak? ANO-NE U koho? .....                           |  |
| cukrovka? ANO-NE U koho? .....   | duševní nemoci? ANO-NE U koho? .....                               |  |
| plicní astma? ANO-NE U koho? .....   | sebevraždy? ANO-NE U koho? .....                                   |  |
| nádorové onemocnění? ANO-NE U koho? .....                                    | jiná vážná nemoc? ANO-NE U koho a jaká? .....                      |  |
| 2. Prošel 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? .....                 |  |
| 3. 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 ANO-NE Kdy a jak často? .....        |  |
| 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? .....           |  |
| 4. Máte:   |  |  |
| plaché nohy? ANO-NE  | potiže při čtení nebo psaní? ANO-NE Jaké? .....                    |  |
| křečové žíly? ANO-NE   | následky po úrazu, operaci? ANO-NE Jaké? .....                     |  |
| hemeroidy? ANO-NE  | hormonální poruchu nebo poruchu ANO-NE Jakou? .....                |  |
| tříslnou nebo jinou kýlu? ANO-NE Jakou? .....                                | látkové výměny? ANO-NE Jaké? .....                                 |  |
| zvýšený krevní tlak? ANO-NE Jaké hodnoty? .....                              | jiné zdravotní problémy? ANO-NE Jaké? .....                        |  |
| 5. Cítíte se zdrav? ANO-NE Jaké obtíže máte? .....                           | 13. Vidíte dobře? ANO-NE Jak silné brýle musíte nosit? .....       |  |
| 6. Užíváte pravidelné léky? ANO-NE Jaké? .....                               |  |  |
| 7. Pijete alkoholické nápoje? ANO-NE Jaké a kolik? .....                     | používáte kontaktní čočky? ANO-NE Jak silné? .....                 |  |
| 8. Užíváte návykové látky? ANO-NE Jaké? .....                                | máte porušené vnímání barev? ANO-NE                                |  |
| 9. Kouříte? ANO-NE Co a kolik? .....   | 14. Byl jste někdy vyšetřen z důvodu ANO-NE Kde, kdy a proč? ..... |  |
| 10. Léčil jste se někdy v nemocnici? ANO-NE Kde, kdy a proč? .....           | závislosti na alkoholu, návykových ANO-NE                          |  |
| 11. Utrpěl jste vážnější úraz? ANO-NE Kdy a jaký? .....                      | látkách, herních automatech? ANO-NE                                |  |
|  | 15. Slyšíte dobře? ANO-NE Používáte sluchadla? .....               |  |
| 12. Byl jste někdy léčen u psychiatra? ANO-NE Kde, kdy a proč? .....         | 16. Léčíte se v současné době? ANO-NE Kde a proč? .....            |  |

Potvrzuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a jsem si zároveň vědom odpovědnosti vůči územní vojenské správě za následky, které by z nepravdivých nebo neúplných údajů vznikly.

V ..... dne .....

Vlastnoruční podpis

**POZNÁMKA: Nehodící se škrtněte ! Požadované údaje doplňte skutečným údajem.**

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

Silně orámovanou část vyplní ošetřující (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 nebo jejich kopiemi. Případně 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 odvodu 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 .....		Tep: ..... TK: ..... bílkovina: ..... Moč: cukr: ..... urobilinogen: ..... Visus naturalis: OP: ..... OL: ..... Základní barevné signály rozeznává? ANO - NE Sluch (akcentovaný šepot v m) P: ..... L: .....			
<b>Popis chorobných změn</b>		<b>Preventivní a léčebná péče v průběhu vojenské činné služby (vyplní ošetřující lékař posádkové ošetrovny a část III dotazníku předá při propuštění vojákovi)</b>			
<b>Léčba, úlevy, jiná opatření</b>		<b>Očkování:</b> tetanus ..... jiné .....			
<b>Diagnostický a funkční závěr</b>		<b>Závažná onemocnění, úrazy, operace</b>			
<b>Nemocnost za poslední rok</b>		<b>Odborná vyšetření (datum, odborné oddělení, výsledek)</b>			
..... Datum vypsání ..... Podpis a razítko lékaře .....		<b>Diagnostický a funkční závěr (při propuštění vojáka)</b>			
<b>Připojené odborné nálezy:</b> (Odborné oddělení, datum)		Vojenský útvar ..... ..... Datum ..... Razítko posádkového ošetrovny, podpis a razítko lékaře .....			