

## VZOR

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

**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	Místo narození	Rodné číslo
Název a adresa zaměstnavatele	Vykonávaný druh práce - profese v zaměstnání	Telefonní číslo do zaměstnání
Trvalý pobyt, PSČ	Přechodný pobyt, PSČ	Telefonní číslo do bytu
Jméno, příjmení a trvalý pobyt rodičů nebo manželky (družky), PSČ		Telefonní číslo do bytu

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 ? .....
3. STUDIUM UKONČÍTE V ROCE ..... , 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, proč ? .....  
Jste invalidní ? ANO - NE, plně - částečně, proč ? .....
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,  
- požárnický 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 budě doplňte skutečným údajem nebo podtrhněte.  
Neodpovídající škrtněte !**

15. Máte zájem o řidičský výcvik? ANO - NE
16. Máte nějaké rodinné problémy popř. těžkosti, k nimž by bylo třeba při povolání do vojenské činné služby přihlédnout ? 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 ? .....
20. Byl jste soudně trestán ? ANO - NE, kolikrát ? .....

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 - vyplň občan.

Titul, jméno a příjmení	Místo narození	Rodné číslo
Název a adresa zaměstnavatele	Vykonávaný druh práce - profese v zaměstnání	Telefoniční číslo do zaměstnání
Trvalý pobyt, PSČ	Přechodný pobyt, PSČ	Telefoniční číslo do bytu
Jméno, příjmení a trvalý pobyt rodiče nebo manželky (družky), PSČ		Telefoniční číslo do bytu

1. Vyskytly se ve Vaší rodině (u rodičů, sourozenců, manželky, družky, dětí)  
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? .....  
nádorovité onemocnění? ANO-NE U koho? ..... jiná vážná nemoc? ANO-NE U koho a jaká? .....
2. Prodělal jste:  
tuberkulózu? ANO-NE Kdy? ..... časté angín? 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 plíc, 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? ..... astmatiskými 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 nepravidelností tepu? ANO-NE Jakou? .....  
sennou rýmou? ANO-NE Od kdy a jak se léčíte? ..... koktavostí nebo jinou poruchou řeči? ANO-NE Jakou? .....
4. Máte:  
ploché nohy? ANO-NE potíže při čtení nebo psaní? ANO-NE Jaké? .....  
krčové žily? ANO-NE následky po úrazu, operaci? ANO-NE Jaké? .....  
hemeroidy? ANO-NE hormonální porucha nebo porucha ANO-NE Jakou? .....  
tífselnou 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 Jaké? .....  
6. Užíváte pravidelné léky? ANO-NE Jaké? ..... Jak silně brýle musíte nosit? .....  
7. Pijete alkoholické nápoje? ANO-NE Jaké a kolik? ..... ANO-NE Jak silně? .....  
8. Užíváte návykové látky? ANO-NE Jaké? ..... ANO-NE ANO-NE  
9. Kouříte? ANO-NE Co a kolik? ..... 14. Byl jste někdy vyšetřen z důvodu závislosti na alkoholu, návykových látkách, herních automatech?  
10. Léčil jste se někdy v nemocnici? ANO-NE Kde, kdy a proč? ..... ANO-NE Kde, kdy a proč? .....  
11. Utíral jste vážnější úraz? ANO-NE Kdy a jaký? ..... 15. Slyšíte dobré? 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

**B. Objektivní nález - vyplní ošetřující lékař**

Silně orámovanou část vyplní ošetřující lékař. Vypíše patologický nález: 1 - Kůže. 2 - Sliznice. 3 - Svalstvo. 4 - Výživa. 5 - Krk (stav štítné žlázy). 6 - Páteř, hrudník (pohyblivost, tvar). 7 - Plíce (poklep, poslech). 8 - Srdeční svalstvo (poklep, poslech). 9 - Břichové játra, slezina, ledviny, jízvy, trávesné kanály. 10 - Genitál (vývojové vady). 11 - Konečník. 12 - Končetiny horní. 13 - Končetiny dolní. 14 - Nervový a duševní stav. 15 - Jiné orgány.

Hodnoty antropometrické, tepu, TK, výsledky vyšetření moče, zraku, sluchu zapíše vždy.

<b>Doplňení anamnézy lékařem:</b> alkoholismus, zneužívání návykových látek, pohlavní nemoci, pomočování, rodinná zátěž aj.	87654321 12345678 Chrup 87654321 12345678	<b>Nález při odvodu a dalších zdrav. posouzeních</b>			
<b>Patologický nález:</b>	Potřebuje sanaci? ANO - NE  Výška: ..... cm Hmotnost: ..... kg Obvod hrudníku: ..... cm hlavy: ..... cm Tep: ..... TK: ..... Moč: - bílkovina: ..... - cukr: ..... - urobilinogen: ..... Visus naturalis: - P: ..... - L: ..... Základní barevné signály rozeznává? ANO - NE Sluch (akcentovaný šepot) - P: ..... - L: .....  Zhodnocení zdravotního stavu s návrhem zdrav. klasifikace:  Očkování proti tbc: ..... Rok ..... tetanu: ..... Rok .....  Datum ..... Podpis a razítka lékaře .....  <b>Diagnostický a funkční závěr:</b>  Datum ..... Podpis a razítka ošetřujícího lékaře .....  Poznámka: Při sníženém zraku a sluchu provést vždy odborné vyšetření <b>Připojené odborné nálezy:</b> (Odborná oddělení, datum)				
	<b>Další záznamy při odvodu a dalších zdrav. posouzeních.</b>				

# 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 - vyplň občan.

Titul, jméno a příjmení	Místo narození	Rodné číslo
Název a adresa zaměstnavatele	Vykonávaný druh práce - profese v zaměstnání	Telefoniční číslo do zaměstnání
Trvalý pobyt, PSČ	Přechodný pobyt, PSČ	Telefoniční číslo do bytu
Jméno, příjmení a trvalý pobyt rodiče nebo manželky (družky), PSČ		Telefoniční číslo do bytu

- |     |                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                      |                                            |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1.  | Vyskytly se ve Vaší rodině (u rodičů, sourozenců, manželky, družky, dětí)<br>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.  | Prodělal jste:<br>tuberkulózu?<br>infekční žloutenku?<br>infekční mononukleózu?<br>revmatickou horečku?<br>záchvaty bezvědomí?<br>záchvaty křečí?<br>zánět plic, pohrudnice?<br>žaludeční nebo dvanáctníkový vřed? | ANO-NE Kdy? .....                 | časté angín?                         | ANO-NE Kdy a jak často? .....              |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | duševní onemocnění?                  | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | onemocnění ledvin?                   | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | pohlavní onemocnění?                 | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | onemocnění srdce?                    | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | kožní onemocnění?                    | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | onemocnění kostí, kloubů?            | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | jiná vážnější onemocnění?            | ANO-NE Kdy a jaké?                         |
| 3.  | Trpíte:<br>častými bolestmi hlavy?<br>bolestmi v zádech?<br>nočním pomočováním?<br>sennou rýmou?                                                                                                                   | ANO-NE Kdy? .....                 | astmatiskými záchvaty?               | ANO-NE Kdy a jak často? .....              |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Kdy? .....                 | náhlými záchvaty bušení srdce        | ANO-NE Kdy a jak často? .....              |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Od kdy?                    | nebo nepravidelnost tepu?            | ANO-NE Jakou? .....                        |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Od kdy a jak se léčíte?    | koktavostí nebo jinou poruchou řeči? | ANO-NE Jakou? .....                        |
| 4.  | Máte:<br>ploché nohy?<br>krčové žily?<br>hemeroidy?<br>tífselnou nebo jinou kýlu?<br>zvýšený krevní tlak?                                                                                                          | ANO-NE                            | potíže při čtení nebo psaní?         | ANO-NE Jaké?.....                          |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE                            | následky po úrazu, operaci?          | ANO-NE Jaké?.....                          |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE                            | hormonální porucha nebo porucha      | ANO-NE Jakou? .....                        |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Jakou? .....               | látkové výměny?                      | ANO-NE Jaké?.....                          |
|     |                                                                                                                                                                                                                    | ANO-NE Jaké hodnoty? .....        | jiné zdravotní problémy?             | ANO-NE Jaké?.....                          |
| 5.  | Cítíte se zdrav?                                                                                                                                                                                                   | ANO-NE Jaké obtíže máte?..... 13. | Vidíte dobré?                        | ANO-NE Jaké?.....                          |
| 6.  | Užíváte pravidelné léky?                                                                                                                                                                                           | ANO-NE Jaké? .....                | .....                                | ANO-NE Jak silně brýle musíte nosit? ..... |
| 7.  | Pijete alkoholické nápoje?                                                                                                                                                                                         | ANO-NE Jaké a kolik? .....        | .....                                | ANO-NE Jak silně? .....                    |
| 8.  | Užíváte návykové látky?                                                                                                                                                                                            | ANO-NE Jaké?.....                 | .....                                | ANO-NE Jaké?.....                          |
| 9.  | Kouříte?                                                                                                                                                                                                           | ANO-NE Co a kolik? .....          | 14.                                  | ANO-NE Kde, kdy a proč? .....              |
| 10. | Léčil jste se někdy v nemocnici?                                                                                                                                                                                   | ANO-NE Kde , kdy a proč? .....    | .....                                | .....                                      |
| 11. | Utrpěl jste vážnější úraz?                                                                                                                                                                                         | ANO-NE Kdy a jaký? .....          | 15.                                  | ANO-NE Používáte sluchadla? .....          |
| 12. | Byl jste někdy léčen u psychiatra?                                                                                                                                                                                 | ANO-NE Kde, kdy a proč? .....     | 16.                                  | 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

**B. Objektivní nález - vyplní ošetřující lékař**

Silně orámovanou část vyplní ošetřující lékař. Vypíše patologický nález: 1 - Kůže. 2 - Sliznice. 3 - Svalstvo. 4 - Výživa. 5 - Krk (stav štítné žlázy). 6 - Páteř, hrudník (pohyblivost, tvar). 7 - Plíce (poklep, poslech). 8 - Srdeční svalstvo (poklep, poslech). 9 - Břich (játra, slezina, ledviny, jízvy, tráveselné kanály). 10 - Genitál (vývojové vady). 11 - Konečník. 12 - Končetiny horní. 13 - Končetiny dolní. 14 - Nervový a duševní stav. 15 - Jiné orgány.

Hodnoty antropometrické, tepu, TK, výsledky vyšetření moče, zraku, sluchu zapíše vždy.

<b>Doplňení anamnézy lékařem:</b> alkoholismus, zneužívání návykových látek, pohlavní nemoci, pomočování, rodinná zátěž aj.	87654321 12345678 Chrup 87654321 12345678	<b>Nález při odvodu a dalších zdrav. posouzeních</b>					
<b>Patologický nález:</b>	Potřebuje sanaci? ANO - NE  Výška: ..... cm Hmotnost: ..... kg Obvod hrudníku: ..... cm hlavy: ..... cm Tep: ..... TK: ..... Moč: - bílkovina: ..... - cukr: ..... - urobilinogen: ..... Visus naturalis: - P: ..... - L: ..... Základní barevné signály rozeznává? ANO - NE Sluch (akcentovaný šepot) - P: ..... - L: ..... 						
Očkování proti tbc: .....  tetanu: .....  <b>Diagnostický a funkční závěr:</b>	Průběh preventivní a léčebné péče v průběhu vojenské činné služby (Vyplní ošetřující lékař a předá při propuštění vojákovu)						
.....	Datum	Podpis a razítko ošetřujícího lékaře				Kdy?	
Poznámka: Při sníženém zraku a sluchu provést vždy odborné vyšetření						Jiné: .....	
<b>Připojené odborné nálezy:</b> (Odborná oddělení, datum)						<b>Rtg vyšetření</b> (hrudních orgánů aj.): kdy, kde, číslo snímku, výsledek	
						<b>Závažná onemocnění, úrazy, operace:</b> diagnóza,	
						<b>Závěr</b> (při propuštění vojáka):	
						Vojenský útvar .....	
						.....	
						Datum	Razítko posádkového zařízení zdrav. péče podpis a razítko lékaře