

VZOR

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

- Povinnou školní docházku jste ukončil v roce vtřídě základní (zvláštní) školy
- 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 ?
STUDIUM UKONČÍTE V ROCE , hodláte pokračovat ve studiu na vysoké škole ? ANO - NE - ZATÍM NEVÍM.
- 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,
- Jste občanem se změněnou pracovní schopností ? ANO - NE, proč ?
Jste invalidní ? ANO - NE, plně - částečně, proč ?
- Budete žádat odklad nástupu vojenské služby ? ANO - NE, z jakého důvodu ?
- Ovládáte některý cizí jazyk ? ANO - NE, dobře - částečně, jaký ?
- Vlastníte řidičský průkaz ? ANO - NE, skupiny
- Získáte do nástupu zákl. služby řidičský průkaz ? ANO - NE, skupiny
- 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 ?
- Ovládáte výpočetní techniku ? ANO - NE, jaké zaměření ?
- Pěstujete aktivně nějaký sport ? závodně : ANO - NE, jaký ?
rekreačně : ANO - NE , jaký ?
- Umíte plavat ? ANO - NE, dobře - částečně (alespoň 50 m),
- Umíte svařet ? ANO - NE, máte příslušnou zkoušku ? ANO - NE, jakou
- 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 ?
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 - vyplní občan.

Titul, jméno a příjmení	Místo narození	Rodné číslo
Název a adresa zaměstnavatele	Vykonaovaný 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. 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? |
| nádorové onemocnění? | ANO-NE U koho? | jiná vážná nemoc? ANO-NE U koho a jaká? |
| 2. 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? |
| 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 nebo nepravidelností tepu? ANO-NE Kdy a jak často? |
| nočním pomočováním? | ANO-NE Od kdy? | koktavostí nebo jinou poruchou řeči? ANO-NE Jakou? |
| sennou rýmou? | ANO-NE Od kdy a jak se léčíte? | |
| 4. Máte: | | |
| ploché nohy? | ANO-NE | potíže 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 látkové výměny? ANO-NE Jakou? |
| tříselnou nebo jinou kýlu? | ANO-NE Jakou? | jiné zdravotní problémy? ANO-NE Jaké? |
| zvýšený krevní tlak? | ANO-NE Jaké hodnoty? | 13. Vidíte dobře? ANO-NE Jak silné brýle musíte nosit? |
| 5. Cítíte se zdráv? | ANO-NE Jaké obtíže máte? | |
| 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 závislosti na alkoholu, návykových látkách, herních automatech? ANO-NE Kde, kdy a proč? |
| 10. Léčil jste se někdy v nemocnici? | ANO-NE Kde, kdy a proč? | 15. Slyšíte dobře? ANO-NE Používáte sluchadla? |
| 11. Utrpěl jste vážnější úraz? | ANO-NE Kdy a jaký? | 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

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	Místo narození	Rodné číslo
Název a adresa zaměstnavatele	Vykonaovaný 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. 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? |
| nádorové onemocnění? | ANO-NE U koho? | jiná vážná nemoc? ANO-NE U koho a jaká? |
| 2. 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? |
| 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 nebo nepravidelností tepu? ANO-NE Kdy a jak často? |
| nočním pomočováním? | ANO-NE Od kdy? | koktavostí nebo jinou poruchou řeči? ANO-NE Jakou? |
| sennou rýmou? | ANO-NE Od kdy a jak se léčíte? | |
| 4. Máte: | | |
| ploché nohy? | ANO-NE | potíže 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 látkové výměny? ANO-NE Jakou? |
| tříselnou nebo jinou kýlu? | ANO-NE Jakou? | jiné zdravotní problémy? ANO-NE Jaké? |
| zvýšený krevní tlak? | ANO-NE Jaké hodnoty? | 13. Vidíte dobře? ANO-NE Jak silné brýle musíte nosit? |
| 5. Cítíte se zdráv? | ANO-NE Jaké obtíže máte? | |
| 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 závislosti na alkoholu, návykových látkách, herních automatech? ANO-NE Kde, kdy a proč? |
| 10. Léčil jste se někdy v nemocnici? | ANO-NE Kde, kdy a proč? | 15. Slyšíte dobře? ANO-NE Používáte sluchadla? |
| 11. Utrpěl jste vážnější úraz? | ANO-NE Kdy a jaký? | 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.

