

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

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	Výkonávaný 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? | 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 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 nepravidelností 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 | 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 | 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. 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? | | ANO-NE Jak silné? |
| 7. Pijete alkoholické nápoje? | ANO-NE Jaké a kolik? | 14. Byl jste někdy vyšetřen z důvodu | ANO-NE Kde, kdy a proč? |
| 8. Užíváte návykové látky? | ANO-NE Jaké? | závislosti na alkoholu, návykových | |
| 9. Kouříte? | ANO-NE Co a kolik? | látkách, herních automatech? | |
| 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? |
| 12. Byl jste někdy léčen u psychiatra? | ANO-NE Kde, kdy 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.

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. Případné další údaje důležité k posouzení zdravotní způsobilosti připojí na samostatném listu.

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

PRO POTŘEBU
OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

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	

- 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?
- 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 dvanáctíkový vřed?	ANO-NE	Kdy?	jiná vážnější onemocnění?	ANO-NE	Kdy a jaké?
- 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 nepravidelností 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?
- 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 porucha 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?
- Cítíte se zdrav?
 ANO-NE | Jaké obtíže máte? | 13. Vidíte dobře? | ANO-NE | Jak silné brýle musíte nosit? |
- Užíváte pravidelné léky?
 ANO-NE | Jaké? | | | |
- Pijete alkoholické nápoje?
 ANO-NE | Jaké a kolik? | používáte kontaktní čočky? | ANO-NE | Jak silné? |
- Užíváte návykové látky?
 ANO-NE | Jaké? | máte porušené vnímání barev? | ANO-NE | |
- 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? |
- Léčil jste se někdy v nemocnici?
 ANO-NE | Kde, kdy a proč? | 15. Slyšíte dobře? | ANO-NE | Používáte sluchadla? |
- Utrpěl jste vážnější úraz?
 ANO-NE | Kdy a jaký? | | | |
- 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. Objektivní 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. Případné další údaje důležité k posouzení zdravotní způsobilosti připojí na samostatném listu.

Upřesnění anamnézy: rodinná zátěž, alergie, nadměrné užívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek, závažné úrazy, operace aj.		Nález při odvodu a dalších posouzeních zdravotní způsobilosti (vyplní lékař odvodní nebo přezkumné komise)			
Očkování: Tbc tetanus jiné		Poslední preventivní prohlídka - datum	Chrup sanován ? ANO - NE		
			Výška: cm		
			Hmotnost: kg		
Dispenzarizace pro:			Tep:		
		od	TK:		
Popis chorobných změn			bílkovina:		
			Moč: cukr:		
			urobilinogen:		
			Visus naturalis:		
			OP:		
			OL:		
			Základní barevné signály rozeznává? ANO - NE		
			Sluch (akcentovaný šepot v m)		
			P:		
			L:		
Léčba, úlevy, jiná opatření		Preventivní a léčebná péče v průběhu vojenské činné služby (vyplní ošetřující lékař posádkové ošetrovny a část III dotazníku předá při propuštění vojákov)			
		Očkování: tetanus jiné			
Diagnostický a funkční závěr		Závažná onemocnění, úrazy, operace			
Nemocnost za poslední rok		Odborná vyšetření (datum, odborné oddělení, výsledek)			
Datum výpisu		Diagnostický a funkční závěr (při propuštění vojáka)			
Podpis a razítko lékaře					
Připojené odborné nálezy: (Odborné oddělení, datum)		Vojenský útvar			
		Datum Razítko posádkového ošetrovny, podpis a razítko lékaře			