



PROTOKOL O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE

- uchádzača o základný parašutistický výcvik a praktický zoskok padákom*
 žiadateľa o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu*

Časť A

určená pre žiadateľa a zdravotnícke zariadenie posudzujúce zdravotnú spôsobilosť!

Meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____ tel. číslo: _____

Osobná anamnéza:

Prekonali ste v minulosti alebo máte v súčasnosti zdravotné problémy charakteru nižšie uvedených skupín?

Duševné choroby: áno – nie

Alkoholizmus, liekovú alebo drogovú závislosť: áno – nie

Záchvatové ochorenia /epilepsia, kŕčové stavy a pod./: áno – nie

Silné bolesti hlavy: áno – nie

Poruchy zmyslových orgánov /najmä zrak a sluch/: áno – nie

Alergie: áno – nie

Závrate a stav bezvedomia: áno – nie

Choroby - srdcovo-cievne: áno – nie

- dýchacej sústavy: áno – nie

- tráviaceho traktu: áno – nie

- močovo-pohlavného systému: áno – nie

- pohybového aparátu: áno – nie

- metabolické /cukrovka, dna, .../: áno – nie

Úrazy: áno – nie

U žien prítomnosť tehotenstva: áno – nie

Iné: _____

Rodinná anamnéza:

Vyskytli sa v rodine závažnejšie choroby? Uveďte aké! _____

Sociálna anamnéza:

Povolanie: _____ Zamestnanie: _____

Problémy sociálne, rodinné, atď.

Abuzy:

Alkohol: _____ Káva: _____ Drogy: _____

Cigarety: _____ Lieky: _____

Vyhlasujem, že som nezamlčal žiadne údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a všetky údaje uvedené na prednej strane sú pravdivé.

V _____ dňa _____

_____ podpis žiadateľa

V prípade nepĺnoletosti žiadateľa

_____ podpis zákonného zástupcu

- Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o Základný parašutistický výcvik sa požaduje v zmysle vyhlášky 9/2009, Príloha č.5 (Minimálne požiadavky na úroveň telesnej schopnosti a duševnej schopnosti na vedenie motorových vozidiel a spôsob ich posudzovania).

- Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu musí byť vydaná lekárom povereným Dopravným úradom . (Článok 2.1.2. Smernice V-PARA-1)

Záznam vyšetrenia:

Hmotnosť: _____ kg

Výška: _____ cm

TK: v ľahu _____

Pulzová frekvencia: _____

Hlava, krk: _____

Hrudník: _____

Brucho: _____

Končatiny: _____

Zrak: Zraková ostrosť: P: _____ E: _____ s korekciou: P: _____ E: _____

Farbocit: _____

Sluch: šepot: P: _____ E: _____

Iné vyšetrenia – zistenia:

dátum vyšetrenia_____
pečiatka a podpis lekára



POTVRDENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

- uchádzača o základný parašutistický výcvik a praktický zoskok padákom*
 žiadateľa o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu*

Časť B

určená pre Parašutistický register SNA !

Meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____ tel. číslo: _____

Posudkový záver: Spôsobilý(á)* - Nespôsobilý(á)* pre praktický výkon parašutistickej činnosti.

 dátum vyšetrenia

 pečiatka a podpis lekára

- Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o Základný parašutistický výcvik sa požaduje v zmysle vyhlášky 9/2009, Príloha č.5 (Minimálne požiadavky na úroveň telesnej schopnosti a duševnej schopnosti na vedenie motorových vozidiel a spôsob ich posudzovania).
- Zdravotná spôsobilosť žiadateľov o vydanie alebo obnovenie platnosti preukazu parašutistu musí byť vydaná lekárom povereným Dopravným úradom . (Článok 2.1.2. Smernice V-PARA-1)