Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar

1075 Budapest, Kazinczy utca 23–27./113.
+36-1-461-4574; +36-1-461-4500/3485
fax: +36-1-461-4586
th@ppk.elte.hu
http://www.ppk.elte.hu

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

a sporttudományi szakokra fölvett hallgatók számára (2021.)

*Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának dékánja a **szakmai alkalmasság előzetes orvosi vizsgálatát** írja elő a sporttudományi szakokra: az edző BSc, a rekreáció és életmód BSc, a sportszervezés BSc, az osztatlan és az osztott testnevelő tanár MEd, valamint a sportmenedzser MSc szakok valamelyikére beiratkozott hallgatók számára a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló, 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 4. § (5), valamint a 11. § (2) bekezdésében foglaltakra figyelemmel.*

A szakmai alkalmasság előzetes orvosi vizsgálata a jelen Egészségügyi nyilatkozat kitöltésével és az Egyetem foglalkozás-egészségügyi szolgáltatását ellátó orvoshoz való eljuttatásával történik. Az Egészségügyi nyilatkozatot az orvos kiértékeli, és ha valakinél fölmerül a szakmai alkalmasság esetleges egészségügyi korlátja, annak a hallgatónak személyesen kell megjelennie az orvosi vizsgálaton.

Kérjük, az alábbi kérdőívet nyomtassa ki, minden pontját töltse ki, írja alá, és a beiratkozásra hozza magával!

SZEMÉLYES ADATOK

A hallgató neve: .....

születési helye, dátuma: .....

anyja születési neve: .....

TAJ száma: ..... személyi igazolványának száma: .....

EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK *(húzza alá a megfelelő választ!)*

1. Gyógyszerérzékenységről tud-e? igen / nem

   Ha igen, milyen gyógyszer okozott allergiás reakciót? .....

2. Operálták-e valamilyen betegség miatt? igen / nem

   Ha igen, sorolja fel, hogy mikor milyen betegségek miatt: .....

   .....

3. Volt-e komolyabb balesete?

   agyrázkódása igen / nem

   eszméletvesztése igen / nem

   csonttöréssel járó balesete igen / nem

4. Szenved-e az alábbi betegségekben? *(Húzza alá a betegség nevét, amennyiben igen!)*

   epilepszia / cukorbetegség / magas vérnyomás / szívritmuszavar / légzőszervi / pszichiátriai betegség

5. Kezelték-e valamilyen egyéb más betegség miatt kórházban? igen / nem

   Ha igen, milyen megbetegedés miatt: .....

   .....

6. Volt-e valamilyen ambuláns kivizsgálása panaszok miatt egy éven belül? igen / nem

   Ha igen, milyen diagnózist állapítottak meg: .....

   .....

7. Gyógyszert szed-e rendszeresen? igen / nem

   Ha igen, sorolja fel a gyógyszereket: .....

   .....

8. Az elmúlt egy évben volt-e hasmenéses betegsége? igen / nem
9. Egy éven belül voltak-e bőrpanaszai? igen / nem
10. Egy éven belül fertőző betegséget állapítottak-e meg? igen / nem
11. Szemüveget / kontaktlencsét visel-e? igen / nem

    Ha igen hány dioptriásat? ……..……..

12. Színlátása: jó / tévesztő
13. Jogosítványa: van / nincs
14. Tüdőszűrésen, mellkasröntgenen mikor járt utoljára? …….
15. Testsúlya: …… kg, testmagassága …… cm
16. Került-e szoros kontaktusba igazolt koronavírus-fertőzöttel? igen / nem
17. Az elmúlt 14 napban volt-e 38 °C feletti láza? igen / nem
18. Volt száraz köhögése az elmúlt 14 napban? igen / nem
19. Volt légszomja / nehézlégzése az elmúlt 14 napban? igen / nem
20. Volt torokfájása az elmúlt 14 napban? igen / nem
21. Volt orrfolyása az elmúlt 14 napban? igen / nem
22. Volt izomfájdalma az elmúlt 14 napban? igen / nem
23. Észlelt szokatlan fáradékonyságot az elmúlt 14 napban? igen / nem
24. Észlelt gyomor-bélrendszeri panaszokat az elmúlt 14 napban? igen / nem
25. Észlelte-e az íz- és/vagy szaglásérzékelés elvesztését az elmúlt 14 napban? igen / nem

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy eltitkolt betegségem nincs, a válaszaim a valóságnak megfelelnek.

Kelt: ……, 2021. ……..

……..

a hallgató aláírása