

Angajator (firma):.....

Pentru funcția (funcția COR):

Nume:.....

Prenume:

CNP: Data nașterii:

Vârsta: ani, Sex: M/F, Înălțime (H): cm, Greutate (G): Kg

Tel.:,

Studii:,

Profesie:

.....,

Domiciliu/Reședință:

1. Declar că în ziua programării controlului de Medicina Muncii NU sunt în concediu medical (în acest caz, mă voi reprograma după aceea). Semnătură:

2. Declar pe proprie răspundere că NU SUNT în evidență pentru un grad de handicap sau de incapacitate de muncă (dacă este cazul, voi atașa documentele doveditoare până la momentul consultului).

Semnătură:

3. Declar pe proprie răspundere că NU URMEZ tratament cu sedative, tranchilizante, antialergice sau alte medicamente psihotrope. Semnătură:

4. Declar pe proprie răspundere că NU SUNT în evidență cu epilepsie, boli psihice (sindrom anxios depresiv, tulburare de comportament, schizofrenie, tulburare maniaco-depresivă), boli neurologice sau diabet și NU SUNT sub tratament pentru bolile mai sus menționate. Semnătură:

5. Declar pe propria răspundere că sunt de acord cu consultul online și că toate datele furnizate sunt reale. Semnătură:

Aveți probleme de sănătate sau alergii cunoscute? Nu/Da, Detalii:

.....

Ați avut probleme de sănătate sau accidente legate de muncă? Nu/Da, Detalii:

.....

Ați fost examinat psihologic vreodată? În ce scop? Nu/Da, Detalii:

.....

Luați medicamente în prezent? Care sunt acestea și pentru ce afecțiune? Nu/Da, Detalii:

..... Dozare:

..... Medicamente:

.....

..... Motiv:

.....

Fumați? Nu/Fost fumător din data de: /Da, Cât?
țigări/zi, Detalii:

Consumați băuturi alcoolice? Cât, zilnic? Nu/Da, Detalii:
.....

Consumați droguri sau substanțe etnobotanice? Nu/Da, Ce și cât? Detalii:
.....

Ați avut sau aveți una dintre bolile următoare?

Boli de piele? Nu/Da, Detalii:
.....

Boli osteomusculoarticulare (scolioză, cifoza, hernie de disc, discopatie etc.)? Nu/Da, Detalii:
.....

Sindrom de apnee în somn? (opriri ale respirației în timpul somnului)? Nu/Da, Detalii:
.....

Astm bronșic sau boli ale plămânilor? Nu/Da, Detalii:
.....

Boli cardiace (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, angină pectorală, infarct miocardic etc.)?
Nu/Da, Detalii:
.....

Ultima valoare măsurată a tensiunii arteriale (obligatoriu de menționat):/..... mmHg

Cea mai mare valoare măsurată a tensiunii arteriale de care aveți cunoștință:/..... mmHg

Boli gastrointestinale? Nu/Da, Detalii:
.....

Boli renale? Nu/Da, Detalii:
.....

Boli ale ochilor/Operații la ochi? Nu/Da, Detalii:
.....

Surditate sau scăderea auzului? Nu/Da, Detalii:
.....

Epilepsie, paralizie? Nu/Da, Detalii:
.....

Amețeli, cazuri de leșin, pierderea conștiinței? Nu/Da, Detalii:
.....

Insomnii? Nu/Da, Detalii:
.....

Probleme psihice? Nu/Da, Detalii:

.....

Boli tiroidiene? Nu/Da, Detalii:

.....

Cancer? Nu/Da, Detalii:

.....

Boli ale sângelui (de exemplu, anemie, leucemie)? Nu/Da, Detalii:

.....

Alte boli? Nu/Da, Detalii:

.....

Pentru femei: sunteți însărcinată? Nu/Da, Detalii:

..... Ultima

menstruație (UM)? Nașteri (N)?..... Avorturi (AV)

Data

Semnătură