

VZOR DOTAZNÍKU

<p>PRO ODVODNÍ ŘÍZENÍ: vyplňte dotazník a po jeho doplnění registrujícími lékaři jej spolu s jednou barevnou fotografií* nejpozději do 30 dnů ode dne jeho doručení vraťte krajskému vojenskému velitelství (KVV).</p>	
<p>PRO DOBROVOLNÉ PŘEVZETÍ VÝKONU BRANNÉ POVINNOSTI: vyplněný dotazník část I. odevzdejte KVV nebo rekrutačnímu středisku (RSř), část II. vojenskému lékaři.</p>	<p>Razítko vydávajícího KVV/RSř</p> <p>Místně příslušné KVV:</p>

DOTAZNÍK Část I. **VŠEOBECNÉ ÚDAJE**

Pro splnění branné povinnosti budete podroben (a) posouzení Vaší schopnosti vykonávat vojenskou činnou službu. K tomu potřebuje KVV znát předem údaje v tomto dotazníku obsažené. Sdělené informace jsou chráněny v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Tuto část vyplní občan.

_____	_____
Jméno nebo jména, příjmení, akademický titul, rodné příjmení	Rodné číslo
_____	_____
Adresa místa pobytu	Místo narození

Adresa pro doručování (je-li odlišná od adresy místa pobytu)	

Jméno nebo jména, příjmení a adresa místa pobytu rodičů nebo manželky, manžela, druha nebo registrovaného partnera	

Název, sídlo a IČ zaměstnavatele nebo jméno, rodné číslo, adresa místa podnikání a IČ OSVČ (u zahraniční právnické osoby navíc údaj o adresním místě umístění jejího závodu nebo odštěpného závodu v ČR)	

1. Studujete v současné době nějakou školu? ANO - NE, jakou?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
bez základního vzdělání - základní vzdělání - střední vzdělání s výučním listem - střední vzdělání s maturitní zkouškou - vyšší odborné vzdělání - vysokoškolské vzdělání.

3. Jaká je fyzická náročnost Vašeho zaměstnání?
těžká práce - středně těžká práce - lehká práce - převážně sedavé zaměstnání.
4. Jste občanem se změněnou pracovní schopností? ANO - NE, důvod?
Jste invalidní? ANO - NE, třetí stupeň – druhý stupeň – první stupeň - důvod?
5. Ovládáte některý cizí jazyk? ANO - NE, dobře - částečně, jaký?
6. Jste držitelem řidičského průkazu? ANO - NE, skupiny
7. Provádíte v některé organizaci
- plachtařský výcvik: ANO - NE, para výcvik: ANO - NE, kynologický výcvik: ANO - NE,
- sportovní potápění: ANO - NE, radistický výcvik: ANO - NE,
- hasičský výcvik: ANO - NE, jiný výcvik: ANO - NE, jaký?
8. Umíte plavat? ANO - NE, dobře - částečně (alespoň 50 m)
9. Jiné zvláštní schopnosti a znalosti (např. kurz první pomoci, kurz záchranáře, výkonnostní sportovec, orientace v prostoru, fotografická paměť, další vlohly a dovednosti): ANO - NE, jaké?
10. Získaná oprávnění (např. oprávnění k obsluze speciální zemní a vyprošťovací techniky, motorové pily a dalších agregátů, k řízení plavidel nebo držení zbraně, pilotní průkaz): ANO - NE, jaká?
11. Máte nějaké charakteristické tělesné znaky (např. jizvy, tetování, mateřská znaménka):
ANO – NE, jaké a kde?

Prohlašuji, že jsem nic nezamlčel a všechny údaje, které jsem uvedl, jsou pravdivé. Souhlasím se zpracováním osobních údajů uvedených v tomto dotazníku.

V _____ dne _____
Vlastnoruční podpis

POZNÁMKA: Požadované údaje o Vaší osobě zakroužkujte, popřípadě doplňte dalšími údaji.
Nehodící se škrtněte!

***Fotografie** musí být o rozměru 35 mm x 45 mm zobrazující váš obličej v současné podobě bez pokrývky hlavy.

Část II. Místně příslušné KVV:
ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Příjmení, jméno, rodné číslo:

A. Anamnéza - vyplní občan.

1. **Prodělal (a) 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?
2. **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 nepravidelnosti tepu?	ANO-NE	Kdy a jak často?
nočním pomočováním?	ANO-NE	Od kdy?	koktavosti nebo jinou poruchou řeči?	ANO-NE	Jakou?
sennou rýmou?	ANO-NE	Od kdy a jak se léčíte?			
3. **Máte:**

ploché nohy?	ANO-NE		potíže při čtení nebo psaní?	ANO-NE	Jaké?
křečové žíly?	ANO-NE		následky po úrazu, operaci?	ANO-NE	Jaké?
hemoroidy?	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?			
4. **Cítíte se zdrav(a)?** ANO-NE Jaké obtíže máte?
5. **Užíváte pravidelně léky?** ANO-NE Jaké?
6. **Pijete alkoholické nápoje?** ANO-NE Jaké a kolik?
7. **Užíváte návykové látky?** ANO-NE Jaké?
8. **Kouříte?** ANO-NE Co a kolik?
9. **Léčil (a) jste se někdy v nemocnici?** ANO-NE Kde, kdy a proč?
10. **Utrpěl (a) jste vážnější úraz?** ANO-NE Kdy a jaký?
11. **Byl(a) jste někdy léčen(a) u psychiatra?** ANO-NE Kde, kdy a proč?
12. **Vidíte dobře?** ANO-NE Jak silné brýle musíte nosit?
13. **Byl (a) jste někdy vyšetřen (a) z důvodu závislosti na alkoholu, návykových látkách, herních automatech?** ANO-NE Jak silné?
14. **Slýcháte dobře?** ANO-NE Používáte sluchadla?
15. **Léčíte se v současné době?** ANO-NE Kde a proč?

Vlastnoruční podpis

V _____ dne _____

POZNÁMKA: Nehodící se škrtněte! Skutečné údaje podle potřeby doplňte na samostatný list.

B. Objektivní údaje o zdravotním stavu – výpis ze zdravotnické dokumentace – vyplní lékař

Silně orámovanou část vyplní registrující poskytovatel zdravotních služeb. 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 odvodním řízení a dalších posouzeních zdravotní způsobilosti (vyplní lékař odvodní nebo přezkumné komise nebo určený vojenský lékař)			
Tbc Očkování: tetanus jiné	Poslední preventivní prohlídka - datum	Chrup sanován ? ANO - NE Výška: cm Hmotnost: kg			
Dispensarizace 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 Krevní skupina, Rh faktor Léčba, úlevy, jiná opatření Diagnostický a funkční závěr Nemocnost za poslední rok Datum výpisu Podpis a razítko lékaře		Předběžné vyhodnocení údajů o zdravotním stavu (návrh zdravotní klasifikace) Datum Podpis a razítko lékaře			
		Nález při odvodním řízení nebo při dobrovolném převzetí výkonu branné povinnosti (diagnózy, zdravotní klasifikace, rozhodnutí v odvodním řízení) Datum Podpis a razítko lékaře			
		Záznamy při dalších posouzeních zdravotní způsobilosti Datum Podpis a razítko lékaře			
Přípojené odborné nálezy: (Odborné oddělení, datum)					