

Priloga 2

Prostovoljno gasilsko društvo _____

IZJAVA
o zdravstvenem stanju operativnega gasilca

Ime in priimek: _____

Datum rojstva (dan/mesec/leto) ___/___/_____

Spol: moški ženska

Domači naslov: _____

Delo, ki ga opravljate oziroma poklic: _____

Krvna skupina: _____

Cepljenje proti tetanusu (DA/NE; če ste označili DA, zapišite, kdaj ste bili cepljeni)

Ali imate oziroma ste kadarkoli imeli (po potrebi pri izpolnjevanju pomoaga zdravstveno osebo)	NE	DA	Če ste označili DA, na kratko opišite, za kakšno težavo gre oziroma je šlo
1. težave z očmi / vidom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. visok krvni tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. bolezni srca / žilja ali operacije na srcu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. krčne žile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. astmo/bronhitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. bolezni krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. sladkorno bolezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. bolezni prebavil, jeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. bolezni kože	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. bolezni živčnega sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. alergije (tudi alergije na zdravila)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. infektivne/ nalezljive bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. kilo (dimeljsko, popkovno, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. zlome / izpaha / poškodbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. operacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. epilepsijo ali druge podobne napade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. omotico / omedlevico / izgubo zavesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. duševne motnje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. motnje ravnotežja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. bolezni ušes (sluh, tinnitus) / nosu / grla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. motnje gibanja, težave z gibali (hrbtenico, sklepi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. imate kakršnekoli druge zdravstvene težave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Dodatna vprašanja	NE	DA	Če ste pod 3. točko označili DA, Napišite, katera zdravila jemljete
1.	Ali kadite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Ali pijete alkohol, uporabljate prepovedane droge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Ali redno jemljete kakršnakoli zdravila, ki vam jih je predpisal zdravnik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Ali ste redno športno aktivni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Ali imate opravljen preventivni zdravstveni pregled delavca (pregled na katerega vas napoti delodajalec)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Spodaj podpisani izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel, resnični in popolni. Zavedam se tudi, da moram v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko vplivalo na izvajanje mojih nalog, o tem takoj obvestiti poveljnika in se glede nadaljnje zmožnosti po potrebi posvetovati z zdravnikom.

Podpis gasilca: _____

Datum (dan/mesec/leto) ____/____/____