Příjmení, jméno, titul

Nejvyšší dosažené vzdělání (odborné učiliště, střední, vysokoškolské studium)

Škola (název)……………………………………………………….rok ukončení…….......

**Zaměstnání od ukončení studia**

**včetně u mužů** - základní vojenská služba**, u žen** – mateřská dovolená

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Roky od - do | Zaměstnavatel | Pracovní zařazení |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Zde prosíme vyplňte následující údaje týkající se výskytu sledovaných nemocí u přímých příbuzných :** ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, syndrom angíny pectoris, ischemická choroba dolních končetin, cévní mozková příhoda, vysoký krevní tlak, cukrovka, nádorová onemocnění, alergie, TBC

**Matka:** rok narození, event. nemoci

**Otec**: rok narození, event. nemoci

**Sourozenci** (bratr, sestra): rok narození, event. nemoci

**Děti** (syn, dcera): rok narození, event. nemoci

**Vaše závažnější onemocnění** od dětství (např. časté angíny, záněty středního ucha, spála, zápal plic, žloutenka)

Rok: nemoc:

**Operace** (jaká, rok):

**Úrazy** (zlomeniny, atd., rok)

**Léky,** které pravidelně užíváte:

**Alergie:**

Prohlašuji, že jsem lékaři pracovnělékařské služby Kliniky pracovního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze nezamlčel(a) žádné skutečnosti o mém zdravotním stavu a pravdivě jsem ho informoval(a) v souladu se zákonem č.372/2011 Sb. § 41 odst. 1 písmeno d).

Datum: Podpis: