

# ADATLAP

## Orvosi igazolás hajós szolgálati könyvbe történő bevezetéshez

Neve:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye:	
Születési ideje:	
Állampolgársága:	
Állandó lakóhely:	
Értesítési cím:	
Telefon/Fax:	
e-mail címe:	
Szolgálati könyv száma:	

**Az orvosi érvényesség bevezetéshez mellékelni kell:**

- orvosi igazolás
- Hajós szolgálati könyv
- Az eljárási díj befizetését igazoló postai feladóvevényt, banki átutalási bizonylat eredeti példányát

Tudomásul veszem, hogy az orvosi igazolás bevezetése díjköteles melynek mértékét "a hajózási hatósági eljárások díjairól szóló 29/2001. (IX. 1.) KöViM rendelet 3. melléklet 2.e. pontja alapján kerül megállapításra.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek; egyúttal hozzájárulok személyes adataim hajózási hatóságnál történő nyilvántartásához

Dátum:

20

\_\_\_\_\_  
Kérelmező aláírása

Az adatlap leadásának időpontja:

Dátum:

20

\_\_\_\_\_  
Ügyintéző

## ORVOSI IGAZOLÁS

### A belvízi hajós egészségi alkalmasságának minősítéséről

Vezeték és utónév:		Születési idő:	
Anyja születési neve:		Születési hely:	
Állampolgársága:		Személyi ig. (útlevél) szám:	
<b>Látási követelmények</b>			
	jobb szem	bal szem	
Távra:			
Látásjavító eszközzel:			
Közelre:			
Szürkületi látás:			
Látótér:			
Szemmozgások:			
Színlátás:			
<b>A vizsgálat eredménye:</b>	megfelelő	nem megfelelő	
<b>Hallás: a halláskárosodás meghaladja a 30dB-t 500, 1000 és 2000 Hz frekvenciánál</b>			
jobb fül:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem	
bal fül:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem	
Hallókészülék szükséges:	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem	
<b>A vizsgálat eredménye</b>	<input type="checkbox"/> megfelelő	<input type="checkbox"/> nem megfelelő	
<b>20 kg súly felemelésének képessége:</b>	<input type="checkbox"/> Igen	<input type="checkbox"/> nem	
<b>A részletes vizsgálatok eredményei:</b>			
<b>Betegségek vagy testi fogyatékok</b> , amelyek a hajós munkavégző képességét korlátozzák:			
Felülvizsgálat a Repülési, Hajózási és Tengerészeti Egészségügyi központban szükséges			
	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
A belvízi hajós egészségi alkalmasságának orvosi minősítése			
Fedélzeti szolgálatra	<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas	
Gépüzemi szolgálatra	<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas	
Segédszolgálatra	<input type="checkbox"/> alkalmas	<input type="checkbox"/> nem alkalmas	

.....  
hely, dátum

ph.

.....  
Foglalkozás egészségügyi alapszolgáltatás  
nyújtására jogosult, a közlekedési értesítőben  
közzétett orvos aláírása