

VZOR

**FORMULÁR ŠTANDARDNEJ LEKÁRSKEJ SPRÁVY ČLENA LODNEJ POSÁDKY
STANDARD FORM FOR MEDICAL EXAMINATION OF SEAFARERS**

Meno a priezvisko / Name and Surname:

Dátum narodenia (deň, mesiac, rok): Štátna príslušnosť: Pohlavie: muž ☐ žena ☐
Date of birth (day/month/year): / / Nationality: Gender: Male Female

Adresa bydliska / Home address:

Číslo cestovného pasu / námorníckej knižky alebo iného dokladu totožnosti:

Passport No./ Seaman's Book No. or No. of other relevant identity document:

Typ námornej lode (kontajnerová, tanker, osobná) / Type of ship (container, tanker, passenger):

Oblasť plavby (napríklad pobrežná, trópy, bez obmedzenia) / Trade area (e.g. coastal, tropical, worldwide):

Osobné vyhlásenie člena lodnej posádky o zdravotnom stave (Pomoc pri vyplňovaní poskytne zdravotnícky pracovník)

Examinee's personal declaration (Assistance should be offered by medical staff)

Mali ste niekedy problémy v nasledujúcich oblastiach? *Have you ever had any of the following conditions?*

Oblasť zdravotného stavu <i>Condition</i>	Áno <i>Yes</i>	Nie <i>No</i>	Oblasť zdravotného stavu <i>Condition</i>	Áno <i>Yes</i>	Nie <i>No</i>
1. Problémy s očami/farbicitom / <i>Eye/vision problem</i>	☐	☐	18. Problémy so spánkom/ <i>Sleep problems</i>	☐	☐
2. Vysoký krvný tlak / <i>High blood pressure</i>	☐	☐	19. Ste fajčiar, užívate alkohol alebo drogy/ <i>Do you smoke, use alcohol or drugs?</i>	☐	☐
3. Srdcové/cievne ochorenia / <i>Heart/vascular disease</i>	☐	☐	20. Chirurgické zákroky/ <i>Operation/surgery</i>	☐	☐
4. Operácia srdca / <i>Heart surgery</i>	☐	☐	21. Epilepsia/záchvaty / <i>Epilepsy / seizures</i>	☐	☐
5. Kŕčové žily/hemeroidy / <i>Varicose veins/piles</i>	☐	☐	22. Závraty/mdloby / <i>Dizziness/fainting</i>	☐	☐
6. Astma/bronchitída / <i>Asthma/bronchitis</i>	☐	☐	23. Strata vedomia / <i>Loss of consciousness</i>	☐	☐
7. Poruchy krvi / <i>Blood disorder</i>	☐	☐	24. Psychiatrické problémy / <i>Psychiatric problems</i>	☐	☐
8. Diabetes / <i>Diabetes</i>	☐	☐	25. Pokus o samovraždu/Attempted suicide	☐	☐
9. Problémy so štítnou žľazou / <i>Thyroid problems</i>	☐	☐	26. Straty pamäte / <i>Loss of memory</i>	☐	☐
10. Trávacie poruchy / <i>Digestive disorder</i>	☐	☐	27. Problém s rovnováhou/ <i>Balance probl.</i>	☐	☐
11. Problémy s obličkami / <i>Kidney problems</i>	☐	☐	28. Ťažké bolesti hlavy / <i>Severe headaches</i>	☐	☐
12. Kožné problémy / <i>Skin problems</i>	☐	☐	29. ORL problémy <i>Ear (hearing/ tinnitus) nose/throat</i>	☐	☐
13. Alergie / <i>Allergies</i>	☐	☐	30. Obmedzená pohyblivosť / <i>Restricted mobility</i>	☐	☐
14. Infekčné/nákazlivé choroby/ <i>Infectious/contagious</i>	☐	☐	31. Ochorenie chrbta alebo kĺbov / <i>Back or joint problems</i>	☐	☐
15. Pruh / <i>Hernia</i>	☐	☐	32. Amputácia / <i>Amputation</i>	☐	☐
16. Genitálne poruchy / <i>Genital disorders</i>	☐	☐	33. Zlomeniny/vykĺbenia / <i>Fracture / dislocations</i>	☐	☐
17. Tehotenstvo / <i>Pregnancy</i>	☐	☐			

Ak ste na niektorú z vyššie uvedených otázok zodpovedali "áno", uveďte podrobnosti.
If any of above questions were answered „yes“, please give details.

Dodatočné otázky / Additional questions

	Áno / Yes	Nie / No
34. Boli ste niekedy vylodený z dôvodu choroby alebo repatriácie? <i>Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?</i>	☐	☐
35. Boli ste niekedy hospitalizovaný? <i>Have you ever been hospitalized?</i>	☐	☐
36. Boli ste niekedy uznaný za neschopného služby na mori? <i>Have you ever been declared unfit for sea duty?</i>	☐	☐
37. Bolo vaše lekárske potvrdenie niekedy obmedzené alebo zrušené? <i>Has your medical certificate ever been restricted or revoked?</i>	☐	☐
38. Ste si vedomý nejakých zdravotných problémov, ťažkostí alebo chorôb? <i>Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?</i>	☐	☐
39. Cítite sa byť zdravý pre plnenie povinností vo vašom zaradení / povolaní? <i>Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position / occupation?</i>	☐	☐
40. Máte alergiu na určité lieky? <i>Are you allergic to any medications?</i>	☐	☐

Poznámky / Comments:

41. Užívate lieky, ktorých výdaj je viazaný na lekársky predpis alebo lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky predpis? ☐ ☐

Are you taking any non-prescription or prescription medication?

Ak áno, uveďte zoznam liekov, ktoré užívate, účel a dávkovanie.
If yes, please list the medications taken and purpose(s) and dosage(s).

Svojim podpisom potvrdzujem, že uvedené osobné vyhlásenie o mojom zdravotnom stave je pravdivé a podľa môjho najlepšieho vedomia.

I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.

Podpis člena lodnej posádky: _____
Signature of examinee:

Dátum (deň/mesiac/rok): _____
Date (day/month/year):

Osvedčené / Witnessed by: _____ Meno, priezvisko / Name: _____
(Čitateľne alebo tlačným písmom) / (Typed or printed name)

Týmto dávam súhlas a povoľujem spracovanie všetkých mojich predchádzajúcich lekárskeho záznamov od ktorýchkoľvek zdravotníckych pracovníkov, zdravotníckych zariadení a orgánov verejnej správy lekárovi MUDr. _____ (meno a priezvisko povereného lekára).

I hereby authorize the release of all my previous medical records from any health professionals, health institutions and public authorities to Dr. _____ (the approved medical examiner).

Podpis člena lodnej posádky: _____
Signature of examinee:

Dátum (deň/mesiac/rok): _____
Date (day/month/year):

Osvedčené / Witnessed by: _____ Meno, priezvisko / Name: _____
(Čitateľne alebo tlačným písmom) / (Typed or printed name)

ZDRAVOTNÉ VYŠETRENIE / MEDICAL EXAMINATION

☐ Vstupné
Pre-sea

☐ Pravidelné
Periodic

☐ Iné
Other

ZRAK / SIGHT

Ostrosť zraku / Visual acuity

	Bez pomoci / <i>Unaided</i>			S pomocou / <i>Aided</i>		
	Pravé oko / <i>Right eye</i>	Ľavé oko / <i>Left eye</i>	Binokulárne / <i>Binocular</i>	Pravé oko / <i>Right eye</i>	Ľavé oko / <i>Left eye</i>	Binokulárne / <i>Binocular</i>
Na diaľku / <i>Distant</i>						
Na blízko / <i>Near</i>						

Zorné pole / Visual fields

	Normálne / <i>Normal</i>	Poškodené / <i>Defective</i>
Pravé oko / <i>Right eye</i>		
Ľavé oko / <i>Left eye</i>		

Farbocit: ☐ Netestovaný
Colour vision: Not tested

☐ V norme
Normal

☐ Pochybný
Doubtful

☐ Poškodený
Defective

SLUCH / HEARING

Čistý tón a audiometria (prahové hodnoty v dB) *Pure tone and audiometry (threshold values in dB)*

	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	3.000 Hz	4.000 Hz
Pravé ucho / <i>Right ear</i>					
Ľavé ucho / <i>Left ear</i>					

Test - reč a šepot (m) *Speech and whisper test (metres)*

	Normál / <i>Normal</i>	Šepot / <i>Whisper</i>
Pravé ucho / <i>Right ear</i>		
Ľavé ucho / <i>Left ear</i>		

Výška / *Height*: _____ (cm)

Hmotnosť / *Weight*: _____ (kg)

Srdcový tep / *Pulse rate*: _____/(minute)

Srdcový rytmus / *Rhythm*: _____

Krvný tlak / *Blood pressure*:

Systolický / *Systolic*: _____ (mm Hg)

Diastolický / *Diastolic*: _____ (mm Hg)

Analýza moču / *Urinalysis*:

Cukor / *Glucose*: _____ Bielkoviny / *Protein*: _____ Krv / *Blood*: _____

	V norme <i>Normal</i>	Mimo normu <i>Abnormal</i>		V norme <i>Normal</i>	Mimo normu <i>Abnormal</i>
Hlava / <i>Head</i>	☐	☐	Kľčové žily / <i>Varicose veins</i>	☐	☐
Dutiny, nos, hrdlo / <i>Sinuses, nose, throat</i>	☐	☐	Cievy (vrátane pedal pulzu) / <i>Vascular (inc. pedal pulses)</i>	☐	☐
Ústa / zuby / <i>Mouth/ teeth</i>	☐	☐	Brušná dutina a jej orgány / <i>Abdomen and viscera</i>	☐	☐
Uši (všeobecne) / <i>Ears (general)</i>	☐	☐	Pruh / <i>Hernias</i>	☐	☐
Ušný bubienok / <i>Tympanic membrane</i>	☐	☐	Konečník (bez vyšetrenia rekta) <i>Anus (not rectal exam.)</i>	☐	☐
Oči / <i>Eyes</i>	☐	☐	Urogenitálny systém / <i>G-U system</i>	☐	☐
Oftalmoskopia / <i>Ophthalmoscopy</i>	☐	☐	Horné a dolné končatiny / <i>Upper and lower extremities</i>	☐	☐
Zrenice / <i>Pupils</i>	☐	☐	Chrbtica (C/S, T/S and L/S) / <i>Spine (C/S, T/S and L/S)</i>	☐	☐
Pohyb očí / <i>Eye movement</i>	☐	☐	Neurologicky / <i>Neurologic (full brief)</i>	☐	☐
Pľúca a hrudník / <i>Lungs and chest</i>	☐	☐	Psychiatricky / <i>Psychiatric</i>	☐	☐
Vyšetrenie hrudníka / <i>Breast examination</i>	☐	☐	Koža / <i>Skin</i>	☐	☐
Srdce / <i>Heart</i>	☐	☐	Celkový vzhľad / <i>General appearance</i>	☐	☐

RTG hrudníka: ☐ nevykonaný ☐ vykonaný (deň/mesiac/rok): ____/____/____
Chest X-ray: not performed Performed on (day/month/year):

Hodnotenie / *Results:* _____

Iný diagnostický test(testy) a výsledok (výsledky) / *Other diagnostic test(s) and result(s):*

Test / *Test*

Výsledok / *Result*

Poznámky a posúdenie lekára a hodnotenie spôsobilosti, s dôvodmi pre prípadné obmedzenia:
Medical practitioner's comments and assessment of fitness, with reasons for any limitations:

Zaznamenaný stav očkovania:
Vaccination status recorded:

☐ Áno
Yes

☐ Nie
No

Posúdenie zdravotnej spôsobilosti na výkon služby na námornej lodi / Assessment of fitness for sea service

Na základe osobného vyhlásenia člena lodnej posádky o zdravotnom stave a lekárskeho vyšetrenia zdravotného stavu člena lodnej posádky vrátane diagnostických vyšetrení vyhlasujem, že menovaný je:

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:

☐ **Schopný strážnej služby**
Fit for look -out duty

☐ **Neschopný strážnej služby**
Not fit for look -out duty

	Palubné oddelenie <i>Deck service</i>	Strojné oddelenie <i>Engine service</i>	Hospodárske oddelenie <i>Catering service</i>	Iné <i>Other service</i>
Schopný / Fit	☐	☐	☐	☐
Neschopný / Unfit	☐	☐	☐	☐

Bez obmedzenia
Without restriction ☐

S obmedzeniami
With restriction ☐

Optické pomôcky potrebné
Visual aid required

☐ **Áno**
Yes

☐ **Nie**
No

Popis obmedzení (napríklad špecifikácia funkcie, typ lode, oblasť plavby, iné obmedzenia) /
Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area, other restrictions):

Dátum vydania lekárskeho potvrdenia (deň/mesiac/rok): / _____/_____/_____
Certificate issue date (day/month/year):

Platnosť lekárskeho potvrdenia (deň/mesiac/rok): / _____/_____/_____
Certificate expiry date (day/month/year):

Číslo preukazu zdravotnej spôsobilosti: / *Number of medical certificate:* _____

Meno a priezvisko povereného lekára: / _____
Name and Surname of authorized medical practitioner:

Adresa /Address: _____

Dátum registrácie lekára a registračné číslo: / _____
Date of issue and number of Physician's License:

Názov a odtlačok úradnej pečiatky orgánu vydávajúceho poverenie lekára: / _____
Name and official stamp of medical practitioner's authorizing authority:

Podpis a odtlačok úradnej pečiatky ministerstvom povereného lekára: / _____
Signature and stamp of authorised medical practitioner: “.