

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 / námornickej 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Problémy so spánkom/ <i>Sleep problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vysoký krvný tlak / <i>High blood pressure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Ste fajčiar, užívate alkohol alebo drogy/ <i>Do you smoke, use alcohol or drugs?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Srdcové/cievne ochorenia / <i>Heart/vascular disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Chirurgické zákroky/ <i>Operation/surgery</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Operácia srdca / <i>Heart surgery</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Epilepsia/záchvaty / <i>Epilepsy / seizures</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kŕčové žily/hemeroidy / <i>Varicose veins/piles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Závraty/mdloby / <i>Dizziness/fainting</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Astma/bronchitída / <i>Asthma/bronchitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Strata vedomia / <i>Loss of consciousness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Poruchy krvi / <i>Blood disorder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Psychiatrické problémy / <i>Psychiatric problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diabetes / <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Pokus o samovraždu/ <i>Attempted suicide</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problémy so štítnou žľazou / <i>Thyroid problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Straty pamäte / <i>Loss of memory</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trávacie poruchy / <i>Digestive disorder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Problém s rovnováhou/ <i>Balance probl.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problémy s obličkami / <i>Kidney problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Ťažké bolesti hlavy / <i>Severe headaches</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kožné problémy / <i>Skin problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ORL problémy <i>Ear (hearing/ tinnitus) nose/throat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Alergie / <i>Allergies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Obmedzená pohyblivosť / <i>Restricted mobility</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Infekčné/nákazlivé choroby/ <i>Infectious/contagious</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Ochorenie chrbta alebo kĺbov / <i>Back or joint problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pruh / <i>Hernia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Amputácia / <i>Amputation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Genitálne poruchy / <i>Genital disorders</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Zlomeniny/vykĺbenia / <i>Fracture / dislocations</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tehotenstvo / <i>Pregnancy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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**

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

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>		

**Farbicit:**  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:* \_\_\_\_\_

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

RTG hrudníka:  nevykonaný  
*Chest X-ray: not performed*

vykonaný (deň/mesiac/rok): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*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*

	<b>Palubné oddelenie</b> <i>Deck service</i>	<b>Strojné oddelenie</b> <i>Engine service</i>	<b>Hospodárske oddelenie</b> <i>Catering service</i>	<b>Iné</b> <i>Other service</i>
<b>Schopný / Fit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neschopný / Unfit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bez obmedzenia**  **S obmedzeniami**  **Optické pomôcky potrebné**  **Áno**  **Nie**
- Without restriction*  *With restriction*  *Visual aid required*  *Yes*  *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: "*