

***Veselības pārbaudes karte personai,
kura vēlas iegādāties un nēsāt
šaujamočus un speciālos pašaizsardzības līdzekļus***

Vārds _____ Uzvārds _____

Personas kods -

Adrese _____

Pirmreizēja (atkārtota) veselības pārbaude (vajadzīgo pasvītrot)

Anamnēze:

Saslimšanas pēdējo 3 gadu laikā _____

Bieži lietotie medikamenti _____

Traumas: Nav Ir Kādas _____

Epilepsijas lēkmes: Nav Ir

Operācijas: Nav Ir Kādas _____

Redzes traucējumi: Nav Ir Kādi _____

Dzirdes traucējumi: Nav Ir Kādi _____

Cukura diabēts: Nav Ir Kāds _____

Sirds - asinsvadu slimības: Nav Ir Kādas _____

Arteriāla hipertensija: Nav Ir

cik sen _____ darba spiediens _____ krīzes _____

Elpošanas ceļu slimības Nav Ir Kādas _____

Vai Jūs lietojat (esat lietojis narkotikas): Jā Nē Kādas _____

Vai esat vadījis automašīnu alkohola reibumā Jā Nē Kad _____

Psihoneiroloģiskā centra uzskaitē Nav bijis (usi) Bijis (usi) Kad _____

Narkoloģiskā centra uzskaitē Nav bijis (usi) Bijis (usi) Kad _____

Sniegtās ziņas, kā arī to, ka par apzināti nepatiesu ziņu sniegšanu uzņemos visu juridisko atbildību, kas paredzēta Latvijas Republikas likumdošanā, apstiprinu ar savu parakstu.

_____ . gada _____ . _____

Paraksts _____

Objektīvā atrade:Psihisku traucējumu simptomi Nav Ir Kādi _____Pataloģiski neiroloģiskie simptomi Nav Ir Kādi _____Jušanas, kustību traucējumi Nav Ir Kādi _____Sirds - asinsvadu slimību simptomi Nav Ir Kādi _____

Pulss _____ x1' AT _____ mm Hg

Plaušu slimību simptomi Nav Ir Kādi _____Nieru slimību simptomi Nav Ir Kādi _____Traumu sekas Nav Ir Kādas _____Dzirdes traucējumi Nav Ir Kādi _____

Dx= _____ metri

Sin= _____ metri

(čukstus balsī)

Redzes traucējumi Nav Ir Kādi _____

Visus Dx= _____

Sin= _____

Īpašas atzīmes - (nepieciešami papildu izmeklējumi vai ekspertīze):

Slēdziens:izsniegt uzzīņu Nr. _____

Papildu nosacījumi: vajadzīgo apvilkt:

[PVL] - papildu vadišanas līdzekļi.

[Brilles] - obligāti jālieto brilles vai kontaktlēcas.

[DZA] - obligāti jālieto dzirdes aparāts.

Kārtējā veselības pārbaude jāveic līdz: _____

Atteikts izsniegt pieprasīto uzzīņu (iemesls): _____

_____ . gada _____ . _____

Komisijas vadītājs

(ģimenes ārsts): _____