

Priloga 2

(vprašalnik ostane v zdravstveni dokumentaciji pomorščaka, ki jo vodi pooblaščen zdravnik)

Izvajalec zdravstvenega pregleda _____
(Recognized medical practitioner)

VPRAŠALNIK ZA IZDAJO ZDRAVNIŠKEGA SPRIČEVALA POMORŠČAKA
Examinee's personal declaration

Pomorščak (ime in priimek): _____
Seafarer (name and surname)

Datum rojstva (dan/mesec/leto) ____/____/____ **Spol:** moški ženska
Date of birth (day/month/year) Gender: male female

Domači naslov: _____
Home address

Potrditev identitete (potni list ali drug identifikacijski dokument; vrsta in številka dokumenta):
Method of confirmation of identity (Passport or other relevant identity document and number of the document)

Področje dela (služba):
Department:
 krovna strojna radijska priprava hrane ostalo _____
deck engine radio food handling other

Vsakodnevne naloge in naloge v izrednih razmerah (če so znane): _____
Routine and emergency duties (if known)

Vrsta ladje (npr. kontejnerska, tanker, potniška):

Type of ship (e.g. container, tanker, passenger)

Datum predhodnega zdravniškega spričevala pomorščaka in kontaktni podatki izvajalca predhodnega zdravstvenega pregleda, če je znano: _____
Date and contact details for previous medical examination (if known)

Ali imate oziroma ste kadarkoli imeli:

Have you ever had any of the following conditions?

Po potrebi naj pri izpolnjevanju pomaga zdravstveno osebje / Assistance should be offered by medical staff

		DA (Yes)	NE (No)
1.	težave z očmi/vidom (Eye/vision problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	visok krvni tlak (High blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	bolezni srca/žilja (Heart/vascular disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	operacije na srcu (Heart surgery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	krčne žile (Varicose veins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	astma/bronhitis (Asthma/bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	bolezni krvi (Blood disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	sladkorno bolezen (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	bolezni ščitnice (Thyroid problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	bolezni prebavil (Digestive disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	bolezni ledvic (Kidney problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	bolezni kože (Skin problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	alergije (Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	infekcijske/ nalezljive bolezni (Infectious/contagious diseases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	kilo /dimeljska, popkovna, .../ (Hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	bolezni žlez z notranjim izločanjem (Endocrine disorders)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	motnje spanja (Sleep problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	zlome/izpahe (Fractures/dislocations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	operacije (Operation/surgery)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	epilepsijo ali druge podobne napade (Epilepsy/seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	omotico/omedlevico (Dizziness/fainting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	izgubo zavesti (Loss of consciousness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	psihiatrične bolezni (Psychiatric problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	depresijo (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	poskus samomora (Attempted suicide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	izgubo spomina (Loss of memory)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	motnje ravnotežja (Balance problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	hude glavobole (Severe headaches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	bolezni ušes (sluh, tinnitus)/nosu/grla (Ear (hearing,tinnitus)/nose/throat problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	moteno gibanje (Restricted mobility)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	težave s hrbtenico, sklepi (Back or Joint problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	amputacijo (Amputation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili z "DA", napišite več o tem:
If you answered 'yes' to any of the above questions, please give details:

	Dodatna vprašanja (Additional question)	DA (Yes)	NE (No)
1.	Ali kadite, škodljivo pijete alkohol, uporabljate prepovedane droge? (Do you smoke, use alcohol or drugs?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ali ste bili kadarkoli na ladji v bolniškem staležu ali repatriirani? (Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ali ste se kadarkoli zdravili v bolnišnici? Have you ever been hospitalized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ali je bilo kadarkoli z zdravstvenim pregledom ugotovljeno, da niste zmožni za delo na ladji? Have you ever been declared unfit for sea duty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ali ste imeli kadarkoli na zdravniškem spričevalu omejitve oziroma ste morali naslednji zdravniški pregled opaviti prej, kot je to sicer predpisano za to delovno mesto? Has your medical certificate even been restricted or revoked?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ali imate kakršnekoli zdravstvene težave ali bolezni? Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ali se počutite zdravega in zmožnega opravljati vse naloge, ki sodijo k vašim nalogam na ladji? Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ali ste alergični na katerokoli zdravilo? Are you allergic to any medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nosečnost (Pregnancy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Če ste na katerokoli zgornje vprašanje odgovorili z "DA", prosimo za vaš komentar.
If you answered 'yes' to any of the above questions, please comment:

Spodaj podpisani izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel zgoraj, resnični in popolni.

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

Spodaj podpisani izjavljam, da zdravniku, ki opravlja zdravstveni pregled pred izdajo Zdravniškega spričevala pomorščaka dovoljujem vpogled v mojo zdravstveno dokumentacijo pri izbranem osebnem zdravniku, pri lečečem specialistu oziroma pri pristojnih upravnih organih.

I hereby authorize the release of all my previous medical records from any health professionals, health institutions and public authorities.

Podpis pomorščaka: _____
(Seafarer's signature)

Datum (dan/mesec/leto) ____/____/____
Date (day/month/year)