

**WYKAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZAGRANICZNEGO PRACOWNIKA
z kraju pochodzenia**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Numer identyfikacyjny tożsamości:

Miejsce zamieszkania w kraju pochodzenia i w Czechach:

1. Czy osoba leczy się przez długi czas - np. Cukrzyca, alergie, epilepsja, nadciśnienie tętnicze, choroby onkologiczne itp.? Czy obecnie cierpi na przedłużającą się chorobę?

Nie

Tak- jakie??

2. Proszę podać datę szczepienia przeciw tężcowi:

3. Czy osoba była wcześniej chora i leczona na chorobę zakaźną, taką jak gruźlica, AIDS, chroniczny wirus zapalenia wątroby?

Nie

Tak

4. On lub ona obecnie regularnie używa niektórych leków?

Nie

Tak- jakie

5. Czy ta osoba w przeszłości miała jakąkolwiek operację?

Nie

Tak-jakie:

Oświadczam, że dostarczyłem prawdziwych informacji o moim zdrowiu i nie ukryłem w żaden sposób informacji zdrowotnych.

V data

podpis.....