

## VPRAŠALNIK

Priimek in ime: \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_  
Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Starost v letih: \_\_\_\_\_ let  
Naslov bivališča: \_\_\_\_\_  
(*vkjučno s poštno številko in imenom kraja*)  
Telefonska številka: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
(*na ta e-mail prejmete izvide po zaključenem pregledu*)  
Vaš osebni zdravnik: \_\_\_\_\_  
(*vključno z imenom zdravstvenega doma ali ambulante*)  
Sedanja zaposlitev: \_\_\_\_\_  
(*podjetje in delovno mesto*)  
Skupna delovna doba: \_\_\_\_\_ let Delovna doba na sedanjem del. mestu: \_\_\_\_\_ let  
Izobrazba: \_\_\_\_\_ Poklic: \_\_\_\_\_  
Oddaljenost od službe: \_\_\_\_\_ km Prevoz v službo: *peš kolo avto javni prevoz*  
Menjava izmen: 1 2 3 4 \_\_\_\_  
Zakonski status: \_\_\_\_\_ Število otrok: \_\_\_\_ Starost otrok: \_\_\_\_\_  
So otroci preskrbljeni: DA NE  
Št. obrokov dnevno: \_\_\_\_\_ Ali jeste zajtrk: DA NE  
Koliko ur na dan spite: \_\_\_\_\_  
S katerimi rekreativnimi dejavnostmi se ukvarjate: \_\_\_\_\_  
Kolikokrat na teden se ukvarjate z rekreativno dejavnostjo vsaj 30min tako, da se zadihate: \_\_\_\_\_

Ali je kdo v vaši ožji družini zbolel ali umrl zaradi katere izmed sledečih bolezni:

Rak:	DA	NE
Tuberkuloza:	DA	NE
Sladkorna bolezen:	DA	NE
Duševne bolezni:	DA	NE
Zvišan pritisk, srčni infarkt, možganska kap:	DA	NE
Astma:	DA	NE
Naglušnost:	DA	NE

Kako bi na splošno ocenili vaše zdravje: *Odlično / Zelo dobro / Dobro / Ne preveč dobro / Slabo*

Ali ste pod stresom? \_\_\_\_\_ DA NE  
razlog: \_\_\_\_\_

Ali se vam zdi, da ste na delovnem mestu preobremenjeni? \_\_\_\_\_ DA NE  
razlog: \_\_\_\_\_

Ali imate dovolj časa, da opravite vse naložene delovne naloge? \_\_\_\_\_ DA NE

Ali lahko med delom sami določate kako boste naloge opravljali? \_\_\_\_\_ DA NE

Ali se na delovnem mestu s sodelavci razumete, ali jih lahko prosite za pomoč? \_\_\_\_\_ DA NE

Ali ste bili zadnja dva meseca bolni? \_\_\_\_\_ DA NE  
vrsta bolezni: \_\_\_\_\_

Ali redno jemljete zdravila? \_\_\_\_\_ DA NE  
katera: \_\_\_\_\_

Ali nosite očala/kontaktne leče? \_\_\_\_\_ DA NE

Ali ste imeli kdaj napade epilepsije (božjast)? \_\_\_\_\_ DA NE

Ste kdaj izgubili zavest? \_\_\_\_\_ DA NE

Ste se kdaj zdravili zaradi duševnih bolezni? \_\_\_\_\_ DA NE

Ali ste kdaj imeli pretres možganov? \_\_\_\_\_ DA NE

