KLINIKA DOKTOR 24 d.o.o. | T: 0820 08240 | E: narocanje@doktor24.si | www.doktor24.si

Zdravstveni karton za voznika

Datum pregleda

1. Osebni podatki

Ime in priimek

Datum rojstva

Izobrazba

Poklic

Stalni oziroma začasni naslov

Številka veljavnega osebnega dokumenta

Vrsta zdravniškega pregleda: ☐ kandidat ☐ voznik

2. Vrsta zdravniškega pregleda

(označiti, za katero kategorijo)

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ F
☐ E (dodatno)

3. Vozniška anamneza

Vozniški izpit od leta

Kraj opravljanja vozniškega izpita

Številka vozniškega dovoljenja

Letno prevoženih kilometrov

4. Osebna anamneza

Bolezni

Poškodbe

Operacije

Zdravila

Kajenje ☐ NE ☐ DA

Mamila ☐ NE ☐ DA

Alkohol ☐ NE ☐ DA
☐ redno ☐ občasno

5. Status praesens

TV cm TT kg RR mmHg PULZ

Zdravstvena dokumentacija

Ostale preiskave

Diagnoze

Mnenje

Zaključeno dne

Žig in podpis zdravnika