

Registrace číslo: *

--	--	--	--	--	--

ROČNÍ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKA

PŘÍJMENÍ		JMÉNO	
DATUM NAROZENÍ		MÍSTO NAROZENÍ	
RODNÉ ČÍSLO			
TRVALÉ BYDLIŠTĚ			
ULICE		Č.P.	
MĚSTO		SMĚROV. ČÍSLO	
EMAIL		TELEFON	

VÁHA		KREVNÍ TLAK		
VÝŠKA				
HEMOFILIE				
ASTMA				
ALERGIE				
VROZENÁ VADA				
SRDEČNÍ CHOROBY				
EPILEPSIE				
JINÁ ZÁVAŽNÁ ONEMOCNĚNÍ				
DLOUHODOBĚ UŽÍVANÉ LÉKY				

SEROLOGICKÁ VYŠETŘENÍ		Razítko, datum a podpis lékaře:
KREVNÍ OBRAZ		
GLYKEMIE		
IONTY		
JT		

- **SILNĚ ORÁMOVANOU ČÁST VYPLNÍ ŽADATEL*** **NEVYPLŇUJTE, VYPLNÍ LÉKAŘ**** **U REPREZENTACE POVINNÉ!!! U OSTATNÍCH – NEPOVINNÉ, ALE DOPORUČUJEME!**

NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ **

vyšetření + EEG

SCHOPEN - NESCHOPEN THAJSKÉHO BOXU BEZ OMEZENÍ

Razítko, datum a podpis lékaře:

OČNÍ VYŠETŘENÍ **

SCHOPEN - NESCHOPEN THAJSKÉHO BOXU BEZ OMEZENÍ

Razítko, datum a podpis lékaře:

VYŠETŘENÍ A VYJÁDŘENÍ TĚLOVÝCHOVNÉHO LÉKAŘE / SPORTOVNÍHO LÉKAŘE**

Preventivní prohlídka s jednoduchým zátěžovým testem W170

SCHOPEN - NESCHOPEN THAJSKÉHO BOXU BEZ OMEZENÍ

Razítko, datum a podpis lékaře:

Přijal - jméno, datum:*