

## Veselības pārbaudes karte

Vārds \_\_\_\_\_ Uzvārds \_\_\_\_\_

Personas kods  –

Adrese \_\_\_\_\_

Vajadzīgo atzīmēt ar X :

Pirmreizējā veselības pārbaude

Kārtējā veselības pārbaude

Pirmstermiņa veselības pārbaude

Anamnēze:

Saslimšanas pēdējo triju gadu laikā \_\_\_\_\_

Bieži lietotie medikamenti \_\_\_\_\_

Traumas Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādas \_\_\_\_\_

Epilepsijas lēkmes Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_

Operācijas Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādas \_\_\_\_\_

Redzes traucējumi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Dzirdes traucējumi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Cukura diabēts Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kāds \_\_\_\_\_

Sirds - asinsvadu slimības Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādas \_\_\_\_\_

Arteriāla hipertensija Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Cik sen \_\_\_\_\_

Arteriālais spiediens \_\_\_\_\_ Krīzes \_\_\_\_\_

Elpošanas ceļu slimības Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādas \_\_\_\_\_

Vai Jūs lietojat (esat lietojis) narkotikas  
Jā \_\_\_\_\_ Nē \_\_\_\_\_ Kādas \_\_\_\_\_

Vai esat vadījis automašīnu alkohola reibumā  
Jā \_\_\_\_\_ Nē \_\_\_\_\_ Kad \_\_\_\_\_

Ar parakstu apliecinu, ka sniegtās ziņas ir patiesas un esmu brīdināts (-ta), ka par apzināti nepatiesu ziņu  
sniegšanu iestājas Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktā atbildība.

20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Paraksts \_\_\_\_\_

## AIZPILDA ĀRSTNIECĪBAS PERSONA

Objektīvā atrade:

Psihisku traucējumu simptomi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Patoloģiski neiroloģiskie simptomi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Jušanas, kustību traucējumi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Sirds - asinsvadu slimību simptomi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Pulss \_\_\_\_\_ x1 AT \_\_\_\_\_ mmHg

Plaušu slimību simptomi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Nieru slimību simptomi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Traumu sekas Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādas \_\_\_\_\_

Obstruktīvās miega apnojas simptomi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Dzirdes traucējumi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Dx = \_\_\_\_\_ metri  
(čukstus balsī)

Sin = \_\_\_\_\_ metri

Redzes traucējumi Nav \_\_\_\_\_ Ir \_\_\_\_\_ Kādi \_\_\_\_\_

Visus Dx = \_\_\_\_\_

Sin = \_\_\_\_\_

Īpašas piezīmes \_\_\_\_\_

(nepieciešamie papildu izmeklējumi vai ekspertīze)

### Atzinums

Nav konstatētas pretindikācijas vadīt šādas kategorijas transportlīdzekli (nevajadzīgo svītrot):

M A1 A2 A C1 C C1E CE

B1 B BE D1 D D1E DE

Tramvaji Trolejbusi Pašgājējmašīnas

Īpašas piezīmes (vajadzīgo atzīmēt ar X):

- PVL - papildu vadīšanas līdzekļi  
 Brilles - obligāti jālieto brilles vai kontaktlēcas  
 DZA - obligāti jālieto dzirdes aparāts

Kārtējā veselības pārbaude jāveic līdz \_\_\_\_\_

Konstatētas pretindikācijas transportlīdzekļu vadīšanai \_\_\_\_\_  
(norādīt iemeslu)

Ģimenes ārsts/komisijas vadītājs \_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds, paraksts)

Z.v. 20 \_\_\_\_ . gada \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_