

7. Výška: _____ cm

8. Váha: _____ kg

9. Jste Pravák Levák (zakroužkujte)

10. Kouříte? NE ANO (zakroužkujte)

Pokud kouříte, kolik cigaret/den: _____ kolik let: _____ ev. elektron. cig./den: _____ kolik let: _____

11. Pijete alkohol? Ne Zřídka Příležitostně Stále (zakroužkujte)

12. ALERGIE: NE ANO (zakroužkujte)

Pokud ANO, jaké alergie: na léky:

jiné: _____

13. Jméno praktického lékaře: _____

Adresa praktického lékaře: _____

14. Jméno závodního lékaře: _____

Adresa závodního lékaře: _____

V _____, dne: _____

_____ podpis pacienta