

ORVOSI IGAZOLÁS BELVÍZI HAJÓZÁSI ALKALMASSÁGRÓL

A vizsgált személy családi és utóneve (születési név is, ha eltér):	
Születési hely, idő:	A személyazonosító okmány típusa és száma:

A vizsgálatot végző orvos családi és utóneve:	
Címe:	Telefonszáma:

A vizsgált személy fizikai és mentális alkalmassága az ES-QIN egészségügyi szabványban és a 21/2002. (XI. 8.) GKM–ESZCSM rendeletben foglalt előírásoknak (általános alkalmasság, látás és hallás) megfelelően megtörtént az alábbi eredménnyel:

- Tartósan alkalmatlan
- Átmenetileg alkalmatlan, előreláthatólag _____-ig
- Korlátozás nélkül alkalmas
- Alkalmas _____-ig [Csak akkor alkalmazható, ha a 21/2002. (XI. 8.) GKM–ESZCSM rendelet a megállapított egészségi állapotra vonatkozóan az alkalmassági idő korlátozását kifejezetten előírja.]
- A következő korlátozással vagy korlátozásokkal alkalmas:
 - 01 Látást segítő eszköz (szemüveg és/vagy kontaktlencse) szükséges
 - 02 Hallást javító eszköz szükséges
 - 03 Végtagi protézis szükséges
 - 04 Egyszemélyi hajóvezetői szolgálat kivételével
 - 05 Csak nappal
 - 06 Hajóvezetői szolgálat ellátására alkalmatlan
 - 07 Korlátozva a következő hajóra: _____
 - 08 Alkalmas a következő vízterületre: _____
 - 09 Alkalmas a következő munkakörre: _____

Bélyegző

Dátum és a hajózási alkalmasság vizsgálatára jogosult orvos aláírása