



ÚŘAD PRO CIVILNÍ LETECTVÍ

nr sprawy 1572-19-301

Wstępne badanie I i II klasy w zakresie sprawności psychicznej (zdrowia psychicznego)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Czy Pani/Pana matka miała jakiegokolwiek komplikacje w czasie ciąży i porodu **TAK NIE**

Jeśli tak, to jakie:

Czy urodziła się Pani/urodził się Pan: w normalnym terminie – **przedwcześnie**

Poród był: **normalny – kleszczowy – przez cesarskie cięcie**

Czy Pani/Pana rozwój po porodzie był prawidłowy? **TAK NIE**

Jeśli nie, to na czym polegał:

Czy kiedykolwiek była Pani leczona/był Pan leczony w szpitalu? **TAK NIE**

Jeśli tak, to gdzie, z jakiego powodu i jak długo:

Jakie jest Pani/Pana wykształcenie?

Czy kiedykolwiek nie zdała Pani/nie zdał Pan w szkole, powtarzała/powtarzał klasę? **TAK NIE**

Jeśli tak, to ile razy, w jakiej klasie (rocznik):

Czy miała Pani/miał Pan obniżoną ocenę z zachowania **TAK NIE**

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy często zmieniała Pani/zmieniał Pan pracę? **TAK NIE**

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy jest Pani zadowolona/Pan zadowolony z obecnej pracy? **TAK NIE**

Jeśli nie, proszę podać powód:

Czy miała Pani/miał Pan konflikty ze swoimi przełożonymi? **TAK NIE**

Czy miała Pani/miał Pan konflikty ze swoimi współpracownikami? **TAK NIE**

Czy miała Pani/miał Pan lub ma jakieś konflikty lub nieporozumienia z innymi ludźmi? **TAK NIE**

Jeśli tak, to z kim, gdzie, jakie:

Czy toczyło się wobec Pani/Pana postępowanie karne, czy była Pani ścigana/był Pan ścigany?

TAK NIE

Czy kiedykolwiek była Pani stroną w postępowaniu cywilnym?

Jeśli tak, to z jakiego powodu

Czy cierpiała Pani/cierpiał Pan lub aktualnie cierpi na jakieś zaburzenia psychiczne? **TAK NIE**

- Zaburzenia nastroju
- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia snu
- Zaburzenia odżywiania

Czy leczyła się Pani/leczył się Pan psychiatrycznie? **TAK NIE**

Jeśli tak, to z jakiego powodu

Czy przyjmowała Pani/przyjmował Pan lub obecnie przyjmuje psychofarmaceutyki? **TAK NIE**

Jeśli tak, to jakie, z jakiego powodu, jak długo

Czy stosowała Pani/stosował Pan lub obecnie stosuje jakiegokolwiek substancje uzależniające? **TAK NIE**

Jeśli tak: - jakie?

- jak często?
- jak długo?
- od jakiego roku życia?
- czy leczyła się Pani/leczył się Pan z uzależnienia od tych substancji?

Czy spożywa Pani/Pan napoje alkoholowe? **TAK NIE**

- Jeśli tak:*
- jakiego rodzaju?
 - jakie ilości?
 - jak często?
 - od jakiego roku życia?
 - czy leczyła się Pani/leczył się Pan z uzależnienia od alkoholu?

TAK NIE

Czy obserwuje Pani/Pan utratę zainteresowań, energii? **TAK NIE**

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy zmieniła Pani/zmienił Pan nawyki żywieniowe, czy obserwuje Pani/Pan zmianę masy ciała? **TAK NIE**

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy cierpi Pani/Pan na zaburzenia snu? **TAK NIE**

- Jeśli tak:*
- z jakiego powodu?
 - jak długo?
 - jak objawia się ten stan (problemy z zasypianiem, budzenie się, brak snu)?

Czy obecnie obserwuje lub obserwowała Pani/obserwował Pan zmiany nastroju, czy miała Pani/miał Pan myśli samobójcze? **TAK NIE**

Jeśli tak, to z jakiego powodu:

Czy ktoś z najbliższej rodziny cierpiał lub obecnie cierpi na zaburzenia psychiczne lub popełnił samobójstwo? **TAK NIE**

Jeśli tak, to jakie zaburzenia, u kogo występują/wystąpiły:

Data: _____

Podpis: _____