.............................................................................................................................................................

identifikačné údaje poskytovateľa (názov a sídlo lekára)

.............................................................................................................................................................

Meno a priezvisko, dátum narodenia, trvalé bydlisko, zdravotná poisťovňa žiadateľa/držiteľa ZP

Výpis zo všeobecnej zdravotnej dokumentácie v zmysle zákona 576/2004 Z. z. pre účely posúdenia psychickej spôsobilosti žiadateľa o vydanie zbrojného preukazu (ďalej len „žiadateľ“) alebo držiteľa zbrojného preukazu (ďalej len „držiteľ“) klinickým psychológom: PhDr. Miroslava Smolová, MBA, Klinický psychológ, Štefániková 4, 071 01 Michalovce, v zmysle §3 vyhlášky MZ SR 229/2011 Z. z v znení vyhlášky 105/2012 zo dňa 8 marca 2012.

I.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organické poškodenia centrálneho nervového systému .................. | áno\* | nie\* | neobsahuje\* |
| Duševné poruchy a poruchy správania ............................................. | áno\* | nie\* | neobsahuje\* |
|  |  |  |  |
| Závažné ochorenia a úrazy, ktoré môžu mať vplyv na činnosť centrálneho nervového systému ....................................................... | áno\* | nie\* | neobsahuje\* |
|  |  |  |  |
| Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok aj v osobnej anamnéze, ak nie je dokázaná a kontrolovaná abstinencia trvajúca najmenej tri roky ..................... | áno\* | nie\* | neobsahuje\* |
| Sklon k závislosti od alkoholu alebo inej návykovej látky .............. | áno\* | nie\* | neobsahuje\* |
| Agresivita, impulzivita, explozivita, emotívna labilita .................... | áno\* | nie\* | neobsahuje\* |

II.

a) Záver z minulého posúdenia psychickej spôsobilosti žiadateľa alebo držiteľa:

spôsobilý\* nespôsobilý\* neobsahuje\*

Dňa: ................................

...........................................................

pečiatka a podpis lekára

\*) Nehodiace sa prečiarknite.

Pri nedostatku miesta pokračujte na osobitnom liste.