**ASMENS, NORINČIO GAUTI LEIDIMĄ ĮSIGYTI GINKLĄ, GARBĖS DEKLARACIJA**

**(SVEIKATOS TIKRINIMO KLAUSIMYNAS)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(užpildymo vieta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eil. Nr.** | **Klausimai ir tikslinančioji informacija** | **Atsakymai****(taip / ne)** |
| 1. | Ar šeimoje ir pirmos eilės giminėje (tėvai, globėjai, broliai, seserys) yra (buvo) sergančių psichikos liga? Jei taip, pateikite tikslinančią informaciją:   |  |
| 2. | Ar šeimoje ir pirmos eilės giminėje (tėvai, globėjai, broliai, seserys) buvo asmenų, baigusių gyvenimą savižudybe? Jei taip, įrašykite tikslinančią informaciją (kas, kada ir kt.):   |  |
| 3. | Ar šeimoje yra (buvo) asmenų, turinčių priklausomybę nuo alkoholio (sveikatos, socialinių, teisėtvarkos ar kt. su alkoholiu susijusių problemų)? Jei taip, įrašykite tikslinančią informaciją (kas, kada ir kt.):   |  |
| 4. | Ar esate patyręs (-usi) galvos smegenų traumų netenkant sąmonės? Jei taip, įrašykite (kiek, kada ir kt.):   |  |
| 5. | Ar esate patyręs (-usi) epilepsijos, kitokių priepuolių netenkant sąmonės? Jei taip, pateikite tikslinančią informaciją (kiek, kada ir kt.):   |  |
| 6. | Ar esate įsigijęs ( -usi) ginklą savigynai ?  |  |
| 7. | Ar šiuo metu gydotės vaistais nuo kokios nors ligos? Jei taip, įrašykite, nuo kokios (kokių)?   |  |
| 8. | Ar turite nusiskundimų savo psichikos sveikata?   |  |
| 9. | Ar per pastaruosius 10 (dešimt) metų turėjote psichikos sutrikimų, sirgote psichikos liga ir dėl to buvote gydomas (-a) vaistais, ar jums buvo taikyta psichoterapija ar kt.? Jei taip, įrašykite:  |  |
| 10. | Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus raminamuosius ar kitaip psichiką veikiančius vaistus? Jei taip, įrašykite, kokius   |  |
| 11. | Ar teko praeityje vartoti gydytojo nepaskirtų raminamųjų, nuskausminamųjų ar kitokių psichiką veikiančių vaistų? Jei taip, įrašykite, kada, kokių:   |  |
| 12. | Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar kitų sveikatos problemų?Jei taip, įrašykite, nuo kada, kokių: |  |
| 13. | Ar turite miego sutrikimų? |   |
| 14. | Ar jaučiate nerimą pabudęs (-usi) ryte? Ar dienos metu kyla nerimas be priežasties?   |   |
| 15. | Ar patiriate nuotaikos svyravimų?   |   |
| 16. | Ar manote, kad Jūsų ateitis beviltiška ir niekas negali pagerėti?   |   |
| 17. | Ar, Jūsų manymu, Jums reikia psichologo, gydytojo psichiatro ar psichoterapeuto konsultacijų?  |   |

Pateiktus klausimus supratau, atsakiau į juos sąžiningai ir laisva valia.

Suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (parašas) (vardas, pavardė)