

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ:

BADANIA POMOCNICZE

LP	RODZAJ BADANIA	DATA SKIEROWANIA	DATA WYKONANIA	WYNIKI BADAŃ
1	Badanie zmierzchowe / olśnienia			PRAWIDŁOWE / NIEPRAWIDŁOWE
2	Poziom cukru			mg%

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

LP	SKIEROWANIE DO SPECJALISTY	DATA SKIEROWANIA	DATA KONSULTACJI	WYNIK KONSULTACJI

ZAKRES BADAŃ POSZERZONY POZA WSKAZÓWKI METODOLOGICZNE	TAK	NIE
---	-----	-----

LP	RODZAJ BADANIA	UZASADNIENIE

ZMIANA CZĘSTOŚCI WYKONYWANIA BADAŃ OKRESOWYCH	TAK	NIE
---	-----	-----

UZASADNIENIE ZMIANY CZĘSTOŚCI WYKONYWANIA BADAŃ	
---	--

ROZPOZNANIE	W BADANIU FIZYKALNYM W GRANICACH NORMY
-------------	--

ZALECENIA	
-----------	--

DANE ADRESOWE JEDNOSTKI POZ	
-----------------------------	--

INFORMACJE DLA LEKARZA RODZINNEGO	
-----------------------------------	--

WYDANO ORZECZENIE O:

- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU **KIEROWCY**
- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIE NAUKI
- PRZECIWWSKAZANIA ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU
- PRZECIWWSKAZANIACH ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIE NAUKI
- UTRACIE ZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY
- PRZECIWWSKAZANIACH ZDROWOTNYCH DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY PRZEZ PRACOWNICĘ W CIĄŻY LUB KARMIĄCĄ DZIECKO PIERSIĄ UZASADNIAJĄCYCH
 - PRZENIESIENIE PRACOWNICY DO INNEJ PRACY, A JEŻELI JEST TO MOŻLIWE, ZWOLNIENIE JEJ NA CZAS NIEZBĘDNY Z OBOWIĄZKU ŚWIADCZENIA PRACY
 - ZMIANĘ WARUNKÓW PRACY NA DOTYCHCZAS ZAJMOWANYM STANOWISKU PRACY LUB SKRÓCENIE CZASU PRACY LUB PRZENIESIENIE PRACOWNICY DO INNEJ PRACY, A JEŻELI TO MOŻLIWE ZWOLNIENIE JEJ NA CZAS NIEZBĘDNY Z OBOWIĄZKU ŚWIADCZENIA PRACY
- NIEZDOLNOŚCI BADANEGO DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY I KONIECZNOŚCI PRZENIESIENIA NA INNE STANOWISKO ZA WZGLĘDU NA:
 - SZKODLIWY WPŁYW WYKONYWANEJ PRACY NA ZDROWIE
 - ZAGROŻENIE JAKIE STWARZA WYKONYWANA PRACA DLA ZDROWIA MŁODOCIANEGO
 - PODEJRZENIE POWSTANIA CHOROBY ZAWODOWEJ
 - NIEZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY ZE WZGLĘDU NA STWIERDZONĄ CHOROBY ZAWODOWĄ LUB SKUTKI WYPADKU PRZY PRACY
- POTRZEBIE STOSOWANIA OKULARÓW KORYGUJĄCYCH WZROK PODCZAS PRACY PRZY OBSŁUDZE MONITORA EKRAŃOWEGO
- INNE

UWAGI:

	DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
DATA WYDANIA			
DATA NASTĘPNEGO B.			

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

- BADANY/PODMIOT KIERUJĄCY ODWOŁUJE SIĘ OD TREŚCI ORZECZENIA DODNIA.....
- DOKUMENTACJĘ WYDANO OSOBIEBADANEJ/PRZESLANO DO JEDNOSTKI ODWOŁAWCZEJ W DNIU

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO
KIEROWCY ZAWODOWEGO (WSTĘPNA/OKRESOWA)



NUMER BADANIA

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ /
LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO BADANIE
PROFILAKTYCZNE

RODZAJ BADANIA PROFILAKTYCZNEGO	WSTĘPNE (W) OKRESOWE (O) KONTROLNE (K)	O
POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ PROFILAKTYCZNA	MONITORING (M) BADANIE CELOWANE (C) CZYNNIE PORADNICTWO (P) INNE (I)	I
OBJĘTY OPIEKĄ JAKO	PRACOWNIK (P) PRACA NAKŁADCZA (N) POBIERAJĄCY NAUKĘ (U) NA WŁASNY WNIOSEK (W)	W

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAM

IMIĘ I NAZWISKO		M	K
NR PESEL		PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA		KOD POCZTOWY	
ZAWÓD WYUCZONY / WYKONYWANY			

DANE IDENTYFIKACYJNE MIEJSCA PRACY / POBIERANIA NAUKI

NAZWA	BADANIE WYKONANE NA POTRZEBY WŁASNE		
ADRES	ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY BADANEJ	KOD POCZTOWY	
STANOWISKO PRACY/KIERUNEK NAUKI/KIERUNEK STUDIÓW	KIEROWCA TRANSPORTU DROGOWEGO		

Wniosek o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi tą opieką na ich wniosek (Dz.U. 2010 nr 113 poz. 758) **wnioskuję** o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną na stanowisku **kierowcy transportu drogowego**, pracy wykonującej na podstawie innej, niż stosunek pracy, z wyjątkiem pracy nakładczej

.....
podpis osoby wnoszącej o badanie

SKIEROWANIE OD PRACODAWCY	TAK	NIE
INFORMACJA O CZYNNIKACH SZKODLIWYCH	TAK	NIE
WYNIKI POMIARÓW CZYNNIKÓW SZKODLIWYCH	TAK	NIE
INFORMACJA O CZYNNIKACH UCIAŻLIWYCH	TAK	NIE

	Dzień	Miesiąc	Rok
DATA ZAŁOŻENIA KARTY			
DATA BADANIA			

CZYNNIKI SZKODLIWE I UCIAŻLIWE DLA ZDROWIA WYSTĘPUJĄCE W MIEJSCU PRACY/ODBYWANIA PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU/STUDIÓW

-
- ZGODNIE Z INFORMACJAMI ZAWARTYMI W SKIEROWANIU OD JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ NA BADANIA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ:

DOTYCHCZASOWE ZATRUDNIENIE/NAUKA ZAWODU/STUDIA

NAZWA ZAKŁADU PRACY/PLACÓWKI DYDAKTYCZNEJ	STANOWISKO PRACY/NAUKI	OKRES ZATRUDNIENIA / NAUKI. (LATA)	CZYNNIKI SZKODLIWE/ UCIAŻLIWE	OKRES NARAŻENIA
Działalność własna / Firma transportowa	Kierowca		Brak	Brak

CZY W PRZEBIEGU PRACY ZAWODOWEJ:	TAK	NIE			
a) STWIERDZONO CHOROBY ZAWODOWĄ			JAKĄ?		NR CHOROBY ZAWODOWEJ
b) LEKARZ WNIOSKOWAŁ O ZMIANĘ STANOWISKA PRACY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA			KIEDY?		Z JAKIEGO POWODU
c) BADANY ULEGL WYPADKOWI W PRACY			KIEDY?		OPIS SKUTKÓW WYPADKU
d) PRYZYCNANO ŚWIADCZENIE RENTOWE			KIEDY?		Z JAKIEGO POWODU
e) ORZECZONO STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			KIEDY?		STOPIEŃ, PRZYCZYNA

WYWIAD

SKARGI BADANEGO :

DOLEGLIWOŚĆ	TAK	NIE	OPIS	
URAZY CZASZKI				
URAZY UKŁADU RUCHU				
OMDLENIA				
PADACZKA				
INNE CHOROBY UKŁ. NERWOWEGO				
CHOROBY PSYCHICZNE				
CUKRZYCA				
CHOROBY NARZĄDU SŁUCHU				
CHOROBY NARZĄDU WZROKU				
CHOROBY UKŁ. KRWIOTWÓRCZEGO				
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA				
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO				
CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO				
CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO				
CHOROBY UKŁADU RUCHU				
CHOROBY SKÓRY/UCZULENIA				
CHOROBY ZAKAŻNE/PASOŻYTNICZE				
WYWIAD GINEKOLOGICZNY			OSTATNIA MIESIĄCZKA.	CIAŻE
WYWIAD RODZINNY*)				
INNE PROBLEMY ZDROWOTNE				
PALENIE TYTONIU OBECNIE			W PRZESZŁOŚCI	OBECNIE
INNE UŻYWKI				

*) W SZCZEGÓLNOŚCI POD KATEM WYSTĘPOWANIA ALERGII, CUKRZYCY, CHOROBY PSYCHICZNEJ, CHOROBY SERCA, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO, NOWOTWORÓW

SUBIEKTYWNA OCENA STANU ZDROWIA:	DOBRE	RACZEJ DOBRE	RACZEJ SŁABE	BARDOZO SŁABE	INNA OCENA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ:

	TAK	NIE	OPIS (JAKIE?)
PRZEBYTE ZABIEGI OPERACYJNE			
CZY JEST POD OPIEKĄ POR. SPECJALISTYCZNEJ			
CZY PRZYJMUJE LEKI NA STAŁE			

POUCZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO – OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIĘ DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE, PRZECHOWYWANIE I UDOSTĘPNIANIE MOICH DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI ZGODNIE Z PRZEPISAMI, NA PODSTAWIE KTÓRYCH PRZEPROWADZANE SĄ BADANIA. (DODATKOWE INFORMACJE NA STRONIE: WWW.MEDIPRO.PL)

.....
 PODPIS BADANEGO

 PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE PODMIOTOWE

BADANIE PRZEDMIOTOWE

WZROSTCM	WAGAKG	TĘTNO/MIN	RR/.....
WZROK	OKO PR.	OKO L.	ROZPOZNAWANIE BARW. TAK/NIE	ZEZ TAK/NIE	ORIENTACYJNE POLE WIDZENIA PRAWIDŁOWE/NIEPRAWIDŁOWE		
SŁUCH	SZEPT UP M. UL M.						
UKŁ. RÓWN.	ROMBERG OBECNY/NIEOBECNY			OCZOPLĄS OBECNY/NIEOBECNY			

NARZĄD	NORMA	PAT.	OPIS PATOLOGII
SKÓRA			
CZASZKA			
WĘZŁY CHŁONNE			
NOS			
JAMA USTNO-GARDŁOWA			
SZYJA			
KŁATKA PIERSIOWA			
PLUCA			
UKŁAD SERCOWO NACZYNIOWY			
JAMA BRZUSZNA			
UKŁAD MOCZOWO-PLCIOWY			
UKŁAD RUCHU			
UKŁAD NERWOWY			
STAN PSYCHICZNY			