

KARTA BADANIA

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o udziale w kursie zawodowym

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAMI

| | Dzień | Miesiąc | Rok |
|--------------|-------|---------|-----|
| Data badania | | | |

Rodzaj wydanego zaświadczenia

- BRAK PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W KURSIE
- ODMOWA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

.....
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA UPRAWNIONEGO

| | |
|---------------------|---------|
| Nazwisko: | Imię: |
| Adres zamieszkania: | |
| Data urodzenia | Telefon |
| Zawód wyuczony: | PESEL: |

WNOSI O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W KURSIE (właściwie zaznaczyć znakiem X):

- Spawanie metodą TIG, MAG, MIG
- Spawanie acetylenowo tlenowe
- Spawanie łukowe metodą otuloną
- Pracą z piłą mechaniczną do ścinania drzew
- Pracą z przecinarką do nawierzchni dróg
- Operator wózka widłowego z napędem silnikowym
- Operator koparko ładowarki
- Operator ładowarki
- Operator koparki
- Operator HDS, żurawia, podestu ruchomego
- Operator wielozadaniowego nośnika osprzętu
- Operator spycharki
- Operator walca drogowego
-

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie i udostępnianie moich danych zawartych w dokumentacji zgodnie z przepisami, na podstawie których przeprowadzane są badania

.....
PODPIS BADANEGO

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając **znak X** w odpowiednią rubrykę. Należy wypełnić wszystkie rubryki. Jeżeli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić o pomoc uprawnionego lekarza i uzupełnić odpowiedź.

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

| | | TAK | NIE |
|------|---|-----|-----|
| 1 | Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? | | |
| 2 | Czy przyjmuje Pan/Pani na stałe leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? | | |
| 3 | Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza: | | |
| 3.1 | Wysokie ciśnienie krwi | | |
| 3.2 | Choroby serca | | |
| 3.3 | Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa | | |
| 3.4 | Zawał serca | | |
| 3.5 | Choroby wymagające operacji serca | | |
| 3.6 | Nieregularne bicie serca | | |
| 3.7 | Zaburzenia oddychania | | |
| 3.8 | Zaburzenia funkcji nerek | | |
| 3.9 | Cukrzyca | | |
| 3.10 | Urazy głowy, urazy kręgosłupa | | |
| 3.11 | Drgawki, padaczka | | |
| 3.12 | Omdlenia | | |
| 3.13 | Udar mózgu/wylew krwi do mózgu | | |
| 3.14 | Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi | | |
| 3.15 | Utraty pamięci lub trudności z koncentracją | | |
| 3.16 | Inne zaburzenia neurologiczne | | |
| 3.17 | Choroby szyi, pleców lub koniczyn | | |
| 3.18 | Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem | | |
| 3.19 | Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) | | |
| 3.20 | Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów | | |
| 3.21 | Ubytek słuchu lub głuchota | | |
| 3.22 | Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe | | |
| 4 | Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać | | |
| 5 | Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy? | | |

| | | TAK | NIE |
|----|--|-----|-----|
| 6 | Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani badany/a z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/Pani zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsję? | | |
| 7 | Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu? | | |
| 8 | Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub smrodków działających podobnie do alkoholu? | | |
| 9 | Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich? | | |
| 10 | Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole) | | |
| | Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu | | |
| | Raz w miesiącu | | |
| | Dwa do czterech razy w miesiącu | | |
| | Dwa do trzech razy w tygodniu | | |
| 11 | Cztery i więcej razy w tygodniu | | |
| | Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku w pracy od dnia rozpoczęcia pracy zawodowej? | | |
| 12 | Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? | | |
| 13 | Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny? | | |

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

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Data