

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ: .....

BADANIA POMOCNICZE

LP	RODZAJ BADANIA	DATA SKIEROWANIA	DATA WYKONANIA	WYNIKI BADAŃ

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	<input type="checkbox"/> UPRAWNIONY DO KIEROWANIA POJAZDEM DO 3,5 TONY <input type="checkbox"/> UPRAWNIONY DO PRACY NA WYS. POW. 3 METRÓW <input type="checkbox"/> UPRAWNIONY DO KIEROWANIA WÓZKIEM WIDŁOWYM
-----------	--

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

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

WYDANO ORZECZENIE O:

- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU .....
- 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 CIAŻY 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 WPLYW 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 CHOROBE 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 DO .....DNIA.....
- DOKUMENTACJĘ WYDANO OSOBIEBADANEJ/PRZESLANO DO JEDNOSTKI ODWOŁAWCZEJ W DNIU .....

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO



NUMER BADANIA .....

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ / LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO BADANIE PROFILAKTYCZNE

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

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAMI

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

DANE IDENTYFIKACYJNE MIEJSCA PRACY / POBIERANIA NAUKI

NAZWA		KOD POCZTOWY
ADRES		
STANOWISKO PRACY/KIERUNEK NAUKI/KIERUNEK STUDIÓW		

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

DATA ZAŁOŻENIA KARTY	Dzień	Miesiąc	Rok
DATA BADANIA			

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](http://WWW.MEDIPRO.PL))

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/ UCIAŹLIWE	OKRES NARAŻENIA

CZY W PRZEBIEGU PRACY ZAWODOWEJ:	TAK	NIE			
a) STWIERDZONO CHOROBE ZAWODOWĄ			JAKĄ?		NR CHOROBY ZAWODOWEJ
b) LEKARZ WNIOSKOWAŁ O ZMIANĘ STANOWISKA PRACY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA			KIEDY?		Z JAKIEGO POWODU
c) BADANY ULEGŁ WYPADKOWI W PRACY			KIEDY?		OPIS SKUTKÓW WYPADKU
d) PRZYZNANO ŚWIADCZENIE RENTOWE			KIEDY?		Z JAKIEGO POWODU
e) ORZECZONO STOPIEŃ NIEPEŁOSPRAWNOŚCI			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 KRĄŻENIA			
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO			
CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO			
CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO			
CHOROBY UKŁADU RUCHU			
CHOROBY SKÓRY/UCZULENIA			
CHOROBY ZAKAŻNE/PASOZYTNICZE			
WYWIAD GINEKOLOGICZNY			OSTATNIA MIESIĄCZKA. CIĄŻE
WYWIAD RODZINNY*)			
INNE PROBLEMY ZDROWOTNE			
PALENIE TYTONIU OBECNIE			W PRZESZŁOŚCI OBECNIE
INNE UŻYWKI			

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

SUBIEKTYWNA OCENA STANU ZDROWIA:	DOBRE	RACZEJ DOBRE	RACZEJ SŁABE	BARDZO 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 MNIE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.**

.....

PODPIS BADANEGO

PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE PODMIOTOWE

**BADANIE PRZEDMIOTOWE**

WZROST	.....CM	WAGA	.....KG	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			
KLATKA PIERSIOWA			
PŁUCA			
UKŁAD SERCOWO NACZYNIOWY			
JAMA BRZUSZNA			
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY			
UKŁAD RUCHU			
UKŁAD NERWOWY			
STAN PSYCHICZNY			

	NORMA	PAT.	OPIS PATOLOGII
NARZĄD RÓWNOWAGI (PR. ROMBERGA)			
BADANIE SŁUCHU (AKUMETRYCZNE)			
BADANIE WZROKU (WG WSKAZŃ)			