

Imię i nazwisko osoby badanej:

WYDANO ORZECZENIE O:

- ☐ braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku
- ☐ braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- ☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku
- ☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- ☐ utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy
- ☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownika w ciąży lub karmiącą dziecko piersią uzasadniających:

☐ a) przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy

☐ b) zmianę warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- ☐ niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze 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 chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy
- ☐ potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego
- ☐ inne

UWAGI:

	dd	-	m-c	-	rok
Data wydania orzeczenia		-		-	
Data następnego badania		-		-	

(pieczętka i podpis lekarza)

☐ Badany(a)/podmiot kierujący na badanie* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do w dniu

☐ Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej* w dniu

* Niepotrzebne skreślić.

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. (poz. 1002)

(numer kolejny badania)

Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępne (W); Okresowe (O), Kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M); badanie celowane (C); czynne poradnictwo (D); inne (I)
Objety opieką	pracownik (P); wykonujący pracę nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)

Pieczęć podmiotu
nrzeprowadzającego badanie profilaktyczne

Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko

Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku - nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)

Adres zamieszkania

Zawód wyuczony/
Zawód wykonywany

pleć
M/K

kod pocztowy

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa

Adres

kod pocztowy

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów:

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*:	Tak	Nie
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki:	Tak	Nie
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych:	Tak	Nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki:	Tak	Nie

	dd		-	m-c		-	rok	
Data założenia karty			-			-		
Data badania			-			-		

*W razie braku skierowania od pracodawcy/placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Imię i nazwisko osoby badanej:

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy/odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich

- ☐
- ☐ zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie

Nazwa i adres pracodawcy /placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy/nauki	Okres zatrudnienia/nauki	Czynniki szkodliwe/ uciążliwe	Okres zatrudnienia /nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK	
a) stwierdzono chorobę zawodową?			Nr z wykazu chorób zawodowych <div></div>
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			kiedy? z jakiego powodu?
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?			kiedy? opis skutków zdrowotnych wypadku:
d) przyznano świadczenie rentowe?			kiedy? z jakiego powodu? choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			kiedy? stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

Imię i nazwisko osoby badanej:

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne : Nie ☐ Tak ☐

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych: Nie ☐ Tak ☐

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....

Rozpoznanie:

Zalecenia:

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej:

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE POMOCNICZE				
L.p.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynnika narażenia

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE				
L.p.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji

Imię i nazwisko osoby badanej:

K-073

Skargi badanego(ej):			
	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu			
Choroby narządu głosu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry/uczulenia			
Choroby zakaźne/pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny*			
Inne problemy zdrowotne			
alergie tytoniu			W przeszłości: Obecnie:
Inne używki			

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

Imię i nazwisko osoby badanej:

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakie? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakie?			

1. Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
(podpis badanego)

.....
(podpis i pieczętka osoby
przeprowadzającej badanie podmiotowe)

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Imię i nazwisko osoby badanej:

Wzrost		Masa ciała		Tętno		RR	
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak/nie	Orientacyjne pole widzenia		
Śluch	Szept UP m, ULm						
Układ równowagi	Romberg ()		Oczopląs: obecny/nieobecny				
		Norma	Patologia	Nie badano		Patologia (opis)	
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							

* Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „v”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.