

Rodzaj badania profilaktycznego	wstępne (W); okresowe (O); kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna celowana (C); czynne poradnictwo (D); inne (I)	monitoring stanu zdrowia (M); badanie pracownik (P); praca pakietowa (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)
Objęty opieką jako	

**I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

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

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Zawód wyuczony \_\_\_\_\_

Zawód wykonywany \_\_\_\_\_

kod pocztowy \_\_\_\_\_

plec \_\_\_\_\_  
M/K

**II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki**

Nazwa \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

kod pocztowy \_\_\_\_\_

Stanowisko pracy/kierunek nauk/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

Data założenia karty	dzień	m-c	rok
Data badania			

Czynnik szkodliwy i uciążliwy 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  
 \* 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 .....

**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 pracownicę w ciąży lub karmiącą dzieckiem, 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 badanej 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** .....

Data wydania orzeczenia	dzień	m-c	rok
Data następnego badania			

.....  
 podpis i pieczęć lekarza

- Badany(a)/podmiot kierujący na badanie\* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do .....
- Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej\* w dniu .....

\* niepodzielne skreślić

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 .....

**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 narazeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	Tak	Nie
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?		
d) przyznano świadczenie rentowe?		
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?		

Nr z wykazu chorób zawodowych

jaka? ..... z jakiego powodu? .....

kiedy? ..... z jakiego powodu? ..... opis skutków zdrowotnych wypadku .....

kiedy? ..... z jakiego powodu? ..... choroby zawodowej (Z), wypadku w pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O)

kiedy? ..... stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności) .....

Imię i nazwisko osoby badanej .....

**BADANIE PRZEDMIOTOWE\***

Wzrost	Masa ciała	Tętno	RR
Wzrok	Okno prawe	Rozpoznawanie barw	Okno lewe
Sluch	Szept: Up ..... m UL ..... m		
Układ równowagi	Romberg ( )	Oczopląs: obecny/nieobecny	
Skóra	Norma	Patologia	Nie badano
Czaszka			
Węzły chłonne			
Nos			
Jama ustno-gardłowa			
Szyja			
Klatka piersiowa			
Płuca			
Układ serowo-naczyniowy			
Jama brzuszna			
Układ moczowo-płciowy			
Układ ruchu			
Układ nerwowy			
Stan psychiczny			

\* odpowiednio rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem

Imię i nazwisko osoby badanej .....

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe
Opis - uwagi					
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(ych)? Jak(i)e? Kiedy?	Tak	Nie			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?					
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakie?					

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

\_\_\_\_\_ podpis badanego

\_\_\_\_\_ podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

