

## 6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych.

Badanie .....	Badanie .....
Rozpoznanie .....	Rozpoznanie .....
Opinia .....	Opinia .....
Data .....	Data .....
(Podpis i pieczęć lekarza)	(Podpis i pieczęć lekarza)

## 7. BADANIA POMOCNICZE

POZIOM GLUKOZY : PRAWIDŁOWY / NIEPRAWIDŁOWY \*) (..... mg%)

BADANIE EKG (tylko dla kat. C, CE, D, DE i in. ciężkich) : PRAWIDŁOWY / NIEPRAWIDŁOWY \*)

### ROZPOZNANIE KOŃCOWE

ZDOLNY / NIEZDOLNY \*) DO KIEROWANIA POJAZDEM Z NAPĘDEM SILNIKOWYM

### WNIOSKI

WYDANO ORZECZENIE O BRAKU / ISTNIENIU \*) PRZECIWWSAZAŃ ZDROWOTNYCH DO KIEROWANIA POJAZDAMI

.....  
(Data)

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza uprawnionego)

Objaśnienia:

1) Odpowiednie podkreślić

2) W przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer dowodu tożsamości

3) W przypadku prawidłowego wyniku badania postawić zna X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku stwierdzenia patologii – podać szczegółowy jej opis

\*) Niepotrzebne skreślić

Nr orzeczenia ...../2019

## KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Data badania		
Dzień	Miesiąc	Rok

### 1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Dzień	Miesiąc	Rok
	Płeć <sup>1)</sup>	M/K		
Numer PESEL <sup>2)</sup>	Rok uzyskania uprawnień			
Adres miejsca zamieszkania	Kod pocztowy		-	
Organ właściwy do wydania dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdami (nazwa i adres)	Kod pocztowy		-	

### 2. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU <sup>1)</sup>

ubiegania się o uzyskanie uprawnień do kierowania motorowerem, pojazdami silnikowymi lub uprawnienia do kierowania tramwajem	Kategoria prawa jazdy lub pozwolenie do kierowania tramwajami
przedłużenia ważności prawa jazdy określonej kategorii lub pozwolenia na kierowanie tramwajem	
ubiegania się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem cofniętego ze względu na stan zdrowia	-----
kierowania motorowerem, pojazdem silnikowym lub tramwajem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu	-----
uzasadnionych i poważnych zastrzeżeń co do stanu zdrowia osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem	-----
występowania o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne albo o przedłużenie ważności tego dokumentu	

### 3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

#### A. Badanie podmiotowe (wywiad lekarski – wypełnia kandydat) \*)

Przebyte choroby	TAK	NIE	Uwagi
Dolegliwości zgłaszane spontanicznie			
Urazy czaszki			
Urazy kończyn, kręgosłupa			
Incydent nagłej utraty świadomości			
Choroby układu nerwowego (w tym padaczka)			
Choroby psychiczne			
Choroby układu ruchu			
Choroby układu krążenia			
Cukrzyca			
Choroby układu oddechowego w tym zaburzenia oddychania w czasie snu			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby endokrynologiczne			
Choroby układu moczowego			
Przebyte hospitalizacje (zabiegi operacyjne)			
Leczenie w poradni specjalistycznej (jeżeli tak, to w jakiej? od kiedy?)			

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

.....  
 PODPIS BADANEGO

#### Badanie przedmiotowe <sup>3)</sup>

L.P.	Narząd (układ)	Brak zmian patologicznych	Opis stwierdzonej patologii
1.	Budowa ciała		
1.1.	Głowa		
1.2.	Blizny skórne i ubytki czaszki		
1.3.	Ruchomość gałek ocznych, kształt i reakcje źrenic		
1.4.	Asymetria twarzy, zbaczanie języka		
2.	Tarczycza		
3.	Układ oddechowy		
	• odgłos opukowy		
	• szmer oddechowy		

4.	Układ krążenia		
4.1.	Miarowość		
4.2.	Tony serca, szmery		
4.3.	Tętno na tętnicach obwodowych,		
4.4.	Tętno ...../min		
4.5.	ciśnienie krwi ...../..... mm Hg		
5.	Brzuch		
5.1.	Opory patologiczne, bolesność		
5.2.	Przepukliny		
5.3.	Wątroba		
5.4.	Nerki		
6.	Narząd ruchu		
6.1.	Badanie sprawności kończyn górnych		
6.1.1.	Siła mięśniowa		
6.1.2.	Chwytność rąk		
6.1.3.	Ograniczenie ruchomości stawów		
	• palców i nadgarstków		
	• łokciowych		
	• barkowych		
6.2.	Badanie sprawności kończyn dolnych		
6.2.1.	Ograniczenie ruchomości stawów		
	• stopy i skokowego		
	• kolanowego i biodrowego		
6.3.	Ruchomość kręgosłupa		
	• odcinka szyjnego		
	• odcinka lędźwiowego		
6.4.	Badanie chodu		
6.5.	Anomalie wrodzone lub pourazowe		
7.	Układ nerwowy		
7.1.	Objawy mózdkowe, koordynacja ruchowa,		
7.2.	Niedowłady, porażenia kończyn górnych		
7.3.	Niedowłady, porażenia kończyn dolnych		
7.4.	Zaniki mięśniowe		
7.5.	Objaw Babińskiego		
8.	Stan psychiczny		

#### B. Skierowanie na badania pomocnicze i konsultacje specjalistyczne

.....  
 .....  
 (Data) (Podpis i pieczęć lekarza)

#### 4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Pani/Pana.....  
(imię i nazwisko)

na PESEL <sup>2)</sup> .....

miejsce zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza okulistę)

#### Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK to podać dane
Przebyte choroby, urazy i operacje			
Korekcja okularowa			Od ilu lat?
Soczewki kontaktowe			Od ilu lat?

#### Badanie przedmiotowe

	OKO PRAWY	OKO LEWE	Opis patologii
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją			
Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
Pole widzenia			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmierzchowe			
Wrażliwość na ośnienie			
Wrażliwość na kontrast			

Rozpoznanie:

.....  
.....

Wnioski:

ZDOLNY / NIEZDOLNY <sup>3)</sup> DO KIEROWANIE POJAZDEM Z NAPĘDEM SILNIKOWYM  
WSKAZANA / NIEWSKAZANA <sup>3)</sup> KOREKCJA OKULAROWA (SZKŁA KONTAKTOWE)

.....  
(Data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego  
lub lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki)

#### 5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU

Pani/Pana.....  
(imię i nazwisko)

na PESEL <sup>2)</sup> .....

miejsce zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii)

#### Wywiad chorobowy

Lp.	Przebyte choroby lub dolegliwości	TAK	NIE	Jeżeli TAK to podać dane
1.	Upośledzenie słuchu			Od ilu lat?
	- ubytek słuchu jednostronny			
	- ubytek słuchu obu stronny			
	- posługiwanie się aparatem/implantem słuchowym			

#### Badanie akumetryczne słuchu

	Ucho prawe	Ucho lewe
Odległość		
Z zastosowaniem aparatu słuchowego lub implantu słuchowego		
Odległość		

Rozpoznanie:

.....

Wnioski:

ZDOLNY / NIEZDOLNY <sup>3)</sup> DO KIEROWANIE POJAZDEM Z NAPĘDEM SILNIKOWYM

.....  
(Data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego  
lub lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii)