

**BADANIA POMOCNICZE**

LP	RODZAJ BADANIA	DATA SKIEROWANIA	DATA WYKONANIA	WYNIKI BADAŃ
1	<b>Badanie zmierzchowe / ośnienia</b>			PRAWIDŁOWE / NIEPRAWIDŁOWE
2	<b>Poziom cukru</b>			mg%

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

LP	SKIEROWANIE DO SPECJALISTY	DATA SKIEROWANIA	DATA KONSULTACJI	WYNIK KONSULTACJI

ZAKRES BADAŃ POSZERZONY	TAK	NIE
-------------------------	-----	-----

LP	RODZAJ BADANIA	UZASADNIENIE

ROZPOZNANIE	W BADANIU FIZYKALNYM W GRANICACH NORMY
-------------	--

ZALECENIA	BRAK PRZECIWWSKAZAŃ DO KIEROWANIA POJAZDAMI
-----------	---

WYDANE ORZECZENIE	BRAK PRZECIWWSKAZAŃ	ISTNIENIE PRZECIWWSKAZAŃ
-------------------	---------------------	--------------------------

ZMIANA CZĘSTOŚCI WYKONYWANIA BADAŃ OKRESOWYCH	TAK	NIE
---	-----	-----

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań

.....

UWAGI: .....

	DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
DATA WYDANIA ORZECZENIA			
DATA NASTĘPNEGO BADANIA			

.....  
 PODPIS I OZNACZENIE UPRAWNIIONEGO LEKARZA

- OSOBA BADANA/PODMIOT KIERUJĄCY NA BADANIE/JEDNOSTKA UPOWAŻNIONA ODWOŁUJE SIĘ OD TREŚCI ORZECZENIA DO .....DNIA.....
- DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ WYDANO OSOBIE BADANEJ/PRZESLANO DO JEDNOSTKI ODWOŁAWCZEJ W DNIU .....



Nr orzeczenia .....

**KARTA BADANIA LEKARSKIEGO**

Podstawa prawna badania lekarskiego	art. 75 ust. 1 pkt 1 / pkt 2 / pkt 3 / pkt 4 / pkt 5 / pkt 6 / pkt 7 / pkt 8 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2021 r. poz. 1212)
-------------------------------------	--

**DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAM**

Data badania		
Dzień	Miesiąc	Rok

Imię i nazwisko		Telefon	
Numer PESEL *		Płeć (M/K)	
Adres miejsca zamieszkania		Kod pocztowy	

**UWAGI DODATKOWE DOTYCZĄCE BADANIA LEKARSKIEGO**

Osoba badana ubiega się o prawo jazdy kat: .....

**BADANIE PODMIOTOWE (wypełnia osoba badana)**

Skargi osoby badanej .....

Przebyte choroby	TAK	NIE	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia/Incident nagłej utraty świadomości			
Padaczka			
Choroby psychiczne			
Choroby układu ruchu			
Inna choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu/głosu			
Zawroty głowy / zaburzenia równowagi			

Choroby narządu wzroku			
Korekcja okularowa / soczewki kontaktowe			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego w tym zaburzenia oddychania w czasie snu			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry / uczulenia			
Choroby zakaźne / pasożytnicze			
Choroby endokrynologiczne			
Przebyte hospitalizacje (zabiegi operacyjne)			
Leczenie w poradni specjalistycznej			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny (choroby przewlekłe)			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu (w przeszłości / obecnie)			
Inne używki			
Stopień niepełnosprawności / świadczenie rentowe			

WZROST	.....CM	WAGA	.....KG
--------	---------	------	---------

**POUCZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO – OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIĘ DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE, PRZECHÓWYWANIE 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

CIĘŻNO	...../MIN	RR	...../.....
--------	-----------	----	-------------

### BADANIE PRZEDMIOTOWE

Zakres badania	Norma	Patologia	Nie badano	Opis patologii
Skóra				
Głowa/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				

### BADANIE NARZĄDU WZROKU

	OKO PRAWY	OKO LEWE	Opis patologii
Ostrość wzroku do dali bez korekcji			
Ostrość wzroku do dali po korekcji			
Obuoczna ostrość wzroku bez korekcji			
Obuoczna ostrość wzroku po korekcji	Prawidłowe		
Ostrość wzroku do bliży bez korekcji			
Ostrość wzroku do bliży po korekcji			
Pole widzenia	Prawidłowe		
Rozpoznawanie barw	Prawidłowe		
Widzenie obuoczne	Prawidłowe		
Widzenie zmierzchowe	Prawidłowe		
Wrażliwość na olśnienie	Prawidłowe		
Wrażliwość na kontrast	Prawidłowe		

### BADANIE NARZĄDU SŁUCHU

#### Badanie akumetryczne słuchu (szeptem)

	Ucho prawe	Ucho lewe
Odległość	<b>6</b>	<b>6</b>
Z zastosowaniem aparatu słuchowego lub implantu słuchowego		

Oczopląs samoistny		OBECNY	NIEOBECNY
Próba statyczno-dynamiczne	Próba Romberga	PRAWIDŁOWA	NIEPRAWIDŁOWA