

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ:

BADANIA POMOCNICZE

LP	RODZAJ BADANIA	DATA SKIEROWANIA	DATA WYKONANIA	WYNIKI BADAŃ
1	Badanie EKG			PRAWIDŁOWE / NIEPRAWIDŁOWE
2	Poziom cukru			mg%

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

LP	SKIEROWANIE DO SPECJALISTY	DATA SKIEROWANIA	DATA KONSULTACJI	WYNIK KONSULTACJI
	Konsultacja Okulistyczna			W ZAŁĄCZENIU

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	
-----------	--

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

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

WYDANO ORZECZENIE O:

- BRAK PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU **KIEROWCY**
- BRAK PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIE NAUKI
- PRZECIWSKAZANIA ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU
- PRZECIWSKAZANIACH ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIE NAUKI
- UTRACIE ZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY
- PRZECIWSKAZANIACH ZDROWOTNYCH DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY PRZEZ PRACOWNICĘ W CIĄŻY LUB KARMIĄCĄ DZIECKO PIERSIĄ UZASADNIĄJĄCYCH
- 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

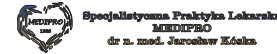
UWAGI:

	DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
DATA WYDANIA			
DATA NASTĘPNEGO B.			

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

- BADANY/PODMIOT KIERUJĄCY ODWOŁUJE SIĘ OD TREŚCI ORZECZENIA DODNIA.....
- DOKUMENTACJĘ WYDANO OSOBE/BADANEJ/PRESLANO DO JEDNOSTKI ODWOŁAWCZEJ W DNIU

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO
KIEROWCY ZAWODOWEGO (WSTĘPNA/OKRESOWA)



NUMER BADANIA/2019

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ /
LEKARZA PRZEPRAWADZAJĄCEGO BADANIE
PROFILAKTYCZNE

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

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAM

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

DANE IDENTYFIKACYJNE MIEJSCA PRACY / POBIERANIA NAUKI

NAZWA	BADANIE WYKONANE NA POTRZEBY WŁASNE		
ADRES	ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY BADANEJ	KOD POCZTOWY	
STANOWISKO PRACY/KIERUNEK NAUKI/KIERUNEK STUDIÓW	KIEROWCA TRANSPORTU DROGOWEGO		

Wniosek o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2010 r. w sprawie sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi tą opieką na ich wniosek (Dz.U. 2010 nr 113 poz. 758) **wnioskuję** o objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną na stanowisku **kierowcy transportu drogowego**, pracy wykonującej na podstawie innej, niż stosunek pracy, z wyjątkiem pracy nakładczej

.....
podpis osoby wnoszącej o badanie

SKIEROWANIE OD PRACODAWCY	TAK	NIE
INFORMACJA O CZYNNIKACH SZKODLIWYCH	TAK	NIE
WYNIKI POMIARÓW CZYNNIKÓW SZKODLIWYCH	TAK	NIE
INFORMACJA O CZYNNIKACH UCIAŹLIWYCH	TAK	NIE

	Dzień	Miesiąc	Rok
DATA ZAŁOŻENIA KARTY			
DATA BADANIA			

CZYNNIKI SZKODLIWE I UCIAŹLIWE 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 CHOROBY 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) PRYZNANO ŚWIADCZENIE RENTOWE			KIEDY?		Z JAKIEGO POWODU
e) ORZECZONO STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			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 KRAŻENIA			
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO			
CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO			
CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO			
CHOROBY UKŁADU RUCHU			
CHOROBY SKÓRY/UCZULENIA			
CHOROBY ZAKAŻNE/PASOŻYTNICZE			
WYWIAD GINEKOLOGICZNY			OSTATNIA MIESIĄCZKA. CIAŻE
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.

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)

.....
 PODPIS BADANEGO

 PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ BADANIE PODMIOTOWE

BADANIE PRZEDMIOTOWE

WZROSTCM	WAGAKG	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			
KŁATKA PIERSIOWA			
PLUCA			
UKŁAD SERCOWO NACZYNIOWY			
JAMA BRZUSZNA			
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY			
UKŁAD RUCHU			
UKŁAD NERWOWY			
STAN PSYCHICZNY			