

## KARTA BADANIA

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o udziale w kursie zawodowym

#### DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAMI

	Dzień	Miesiąc	Rok
Data badania			

#### Rodzaj wydanego zaświadczenia

- BRAK PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTYCH DO UDZIAŁU W KURSIE
- ODMOWA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

.....  
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA UPRAWNIONEGO

Nazwisko:	Imię:
Adres zamieszkania:	
Data urodzenia	Telefon
Zawód wyuczony:	PESEL:

#### WNIOSKUJE O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W KURSIE (właściwie zaznaczyć znakiem X):

- Spawanie metodą TIG, MAG, MIG
- Spawanie acetylenowo tlenowe
- Spawanie łukowe metodą otuloną
- Pracą z piłą mechaniczną do ścinania drzew
- Pracą z przecinarką do nawierzchni dróg
- Operator wózka widłowego z napędem silnikowym
- Operator koparko ładowarki
- Operator ładowarki
- Operator koparki
- Operator HDS, żurawia, podestu ruchomego
- Operator wielozadaniowego nośnika osprzętu
- Operator spycharki
- Operator walca drogowego
- .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie i udostępnianie moich danych zawartych w dokumentacji zgodnie z przepisami, na podstawie których przeprowadzane są badania

.....  
PODPIS BADANEGO

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając **znak X** w odpowiednią rubrykę. Należy wypełnić wszystkie rubryki. Jeżeli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić o pomoc uprawnionego lekarza i uzupełnić odpowiedź.

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

		TAK	NIE
1	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności?		
2	Czy przyjmuje Pan/Pani na stałe leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie?		
3	Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza:		
3.1	Wysokie ciśnienie krwi		
3.2	Choroby serca		
3.3	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa		
3.4	Zawał serca		
3.5	Choroby wymagające operacji serca		
3.6	Nieregularne bicie serca		
3.7	Zaburzenia oddychania		
3.8	Zaburzenia funkcji nerek		
3.9	Cukrzyca		
3.10	Urazy głowy, urazy kręgosłupa		
3.11	Drgawki, padaczka		
3.12	Omdlenia		
3.13	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu		
3.14	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi		
3.15	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją		
3.16	Inne zaburzenia neurologiczne		
3.17	Choroby szyi, pleców lub koniczyn		
3.18	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem		
3.19	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)		
3.20	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów		
3.21	Ubytek słuchu lub głuchota		
3.22	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe		
4	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać		
5	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy?		

		TAK	NIE
6	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani badany/a z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/Pani zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsję?		
7	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?		
8	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub smrodków działających podobnie do alkoholu?		
9	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?		
10	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)		
	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu		
	Raz w miesiącu		
	Dwa do czterech razy w miesiącu		
	Dwa do trzech razy w tygodniu		
11	Cztery i więcej razy w tygodniu		
	Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku w pracy od dnia rozpoczęcia pracy zawodowej?		
12	Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?		
13	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?		

**POUCZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO  
– OŚWIADCZAM, ZE PODANE PRZEZE MNIE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.**

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Data