

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY BADANEJ:

BADANIA POMOCNICZE

LP	RODZAJ BADANIA	DATA SKIEROWANIA	DATA WYKONANIA	WYNIKI BADAŃ

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

LP	SKIEROWANIE DO SPECJALISTY	DATA SKIEROWANIA	DATA KONSULTACJI	WYNIK KONSULTACJI

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	ZDOLNY / NIEZDOLNY DO PRACY NA OKREŚLONYM STANOWISKU
-------------	--

ZALECENIA	<input type="checkbox"/> UPRAWNIONY DO KIEROWANIA POJAZDEM DO 3,5 TONY <input type="checkbox"/> UPRAWNIONY DO PRACY NA WYS. POW. 3 METRÓW <input type="checkbox"/> UPRAWNIONY DO KIEROWANIA WÓZKIEM WIDŁOWYM
-----------	--

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

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

WYDANO ORZECZENIE O:

- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU
- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIE NAUKI
- PRZECIWWSKAZANIA ZDROWOTNYCH DO PRACY NA STANOWISKU
- PRZECIWWSKAZANIACH ZDROWOTNYCH DO PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIE NAUKI
- UTRACIE ZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY
- PRZECIWWSKAZANIACH ZDROWOTNYCH DO WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY PRZEZ PRACOWNICĘ W CIĄŻY LUB KARMIĄCĄ DZIECKO PIERSIĄ UZASADNIAJĄCYCH
 - 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:

DATA WYDANIA	DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
DATA NASTĘPNEGO B.			

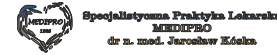
.....

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

- BADANY/PODMIOT KIERUJĄCY ODWOŁUJE SIĘ OD TREŚCI ORZECZENIA DODNIA.....
- DOKUMENTACJĘ WYDANO OSOBIEBADANEJ/PRZESŁANO DO JEDNOSTKI ODWOŁAWCZEJ W DNIU

W RAZIE BRAKU SKIEROWANIA OD PRACODAWCY I INFORMACJI O CZYNNIKACH SZKODLIWYCH I UCIAŻLIWYCH BADANIE PROFILAKTYCZNE NIE MOŻE BYĆ WYKONANE

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO



NUMER BADANIA

PIECZĘĆ ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ / LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO BADANIE PROFILAKTYCZNE

RODZAJ BADANIA PROFILAKTYCZNEGO	WSTĘPNE (W) OKRESOWE (O) KONTROLNE (K)	
POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ PROFILAKTYCZNA	MONITORING (M) BADANIE CELOWANE (C) CZYNNIE PORADNICTWO (P) INNE (I)	
OBJĘTY OPIEKĄ JAKO	PRACOWNIK (P) PRACA NAKŁADCZA (N) POBIERAJĄCY NAUKĘ (U) NA WŁASNY WNIOSK (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		
ADRES		KOD POCZTOWY
STANOWISKO PRACY/KIERUNEK NAUKI/KIERUNEK STUDIÓW		

SKIEROWANIE OD PRACODAWCY	TAK	NIE	DATA ZAŁOŻENIA KARTY	Dzień	Miesiąc	Rok
INFORMACJA O CZYNNIKACH SZKODLIWYCH NA STANOWISKU PRACY	TAK	NIE				
WYNIKI POMIARÓW CZYNNIKÓW SZKODLIWYCH	TAK	NIE				
INFORMACJA O CZYNNIKACH UCIAŻLIWYCH NA STANOWISKU PRACY	TAK	NIE				

CZYNNIKI SZKODLIWE I UCIAŻLIWE 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/ UCIAŻLIWE	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) PRYZYMNANO 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 KRĄŻENIA				
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO				
CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO				
CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO				
CHOROBY UKŁADU RUCHU				
CHOROBY SKÓRY/UCZULENIA				
CHOROBY ZAKAŻNE/PASOŻYTNICZE				
WYWIAD GINEKOLOGICZNY			OSTATNIA MIESIĄCZKA.	CIĄŻE
WYWIAD RODZINNY*)				
INNE PROBLEMY ZDROWOTNE				
PALENIE TYTONIU OBECNIE			W PRZESZŁOŚCI	OBECNIE
INNE UŻYWKI				

*) W SZCZEGÓLNOŚCI POD KATEM WYSTĘPOWANIA ALERGII, 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			
KLATKA PIERSIOWA			
PLUCA			
UKŁAD SERCOWO NACZYNIOWY			
JAMA BRZUSZNA			
UKŁAD MOCZOWO-PLCIOWY			
UKŁAD RUCHU			
UKŁAD NERWOWY			
STAN PSYCHICZNY			