

WZÓR WYPEŁNIANIA – KANDYDAT NA KIEROWCĘ (PKK) ORAZ KIEROWCĄ – WSZYSTKIE ŻÓLTE POLA MUSZĄ BYĆ WYPEŁNIONE

[illegible]

3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

A. Badanie podmiotowe (wywiad lekarski - wypycha kandydaty) *)

Przebieg choroby	TAK	NIE	Uwagi
Deliriozyczne zjawiska spontaniczne			
Urazy czaszki			
Urazy kończyn, kręgosłupa			
Łuszczyca nagła skóry twarzochłowej			
ChOROBY układu nerwowego (w tym padaczka)			
ChOROBY psychiczne			
ChOROBY układu ruchu			
ChOROBY układu krążenia			
ChOROBY			
ChOROBY układu oddechowego (w tym zaburzenia oddechu w czasie snu)			
ChOROBY układu pokarmowego			
ChOROBY endokrynologiczne			
ChOROBY układu moczowego			
Przebieg hospitalizacji (zabieg operacyjny)			
Łeczenie w poradni specjalistycznej (zdech, ale, to w jakiej od kedy?)			

POZCZYNIĆ O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNIEJ Z ART. 230 KODEKSU KARNEGO – OWOLAC GAM, ZI, PORĄCZ PRZEWIE, MOJE NANE SI, ZGODNIE Z PRAWNĄ,

WYRZĄC ZGODNIE Z PRZEPISZANIE, PRZECZYCHOWANIE I DOSTĘPNIANIE

SMOK W DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENCIE Z PRZEPISZANIE, PRZEPISZANIE

PODSTAWA, KTÓRYCH PRZEPISZANIE Z PRZEPISZANIE

4.1	Układ krążenia		
4.2	Miocardio		
4.3	Tętno, ciśnienie, ciężary		
4.4	Tętno na tętno, ciężary, ciężary		
4.5	ciężary, ciężary, ciężary, ciężary		
5	Bronch		
5.1	Opary patologiczne, ciężary		
5.2	Przebieg		
5.3	Wzrost		
5.4	Nogi		
6	Narząd ruchu		
6.1	Badanie sprawności kończyn górnych		
6.1.1	Siła mięśniowa		
6.1.2	Chwytliwość rąk		
6.1.3	Ograniczenie ruchomości stawów		
	• palce i nadgarłki		
	• łokcie		
	• barki		
6.2	Badanie sprawności kończyn dolnych		
6.2.1	Ograniczenie ruchomości stawów		
	• stopy i kostki		
	• kolana i biodra		
6.3	Ruchomość kręgosłupa		
	• odcinka szyjnego		
	• odcinka lędźwiowego		
6.4	Badanie chodu		
6.5	Analiza widelnic lub porażenie		
7	Układ nerwowy		
7.1	Objawy mnielkowe, kondukcja nerwowa		
7.2	Niedowład, porażenia kończyn górnych		
7.3	Niedowład, porażenia kończyn dolnych		
7.4	Zmiany mięśniowe		
7.5	Objawy Refleksyjne		
8	Snu		

B. Skierowanie na badania pomocnicze i konsultacje specjalistyczne

.....

(Data)

(Podpis i pieczęć lekarska)

[illegible]

3. BADANIE NARZĄDZÓW WZROKU

Pani/Pan: _____
(imię i nazwisko)

na PESEL: ⁹ _____
(numer PESEL)

miejscę zamieszkania: _____

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

Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podaj datę
Przebieg choroby, stary/ciepły			
Choroba dziedziczna			Od 01.01.1987
Stwierdzone uszkodzenie			Od 01.01.1987

Badanie przedmiotowe

	OKO PRAWE	OKO LEWE	Opis patologii
Obecność wzroku lub funkcji			
Obecność wzroku z funkcją			
Obecność wzroku z funkcją			
Tętno widzenia			
Reakcja światła barwy			
Widzenie obrotowe			
Widzenie wzajemne			
Widzenie w otoczeniu			
Widzenie w ciemności			

Rezonans: _____

Wniosek: _____

ZDOLNY / NIEZDOLNY ⁷ DO KIEROWANIA POJAZDEM Z NAPĘDEM SILNIKOWYM
WSKAZANA / NIEWSKAZANA ⁸ KOREKCYA OKULAROWA (SZKŁA KONTAKTOWE)

_____ (Data)

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

4. BADANIE NARZĄDZÓW SŁUCHU

Pani/Pan: _____
(imię i nazwisko)

na PESEL: ⁹ _____
(numer PESEL)

miejscę 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

	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podaj datę
1a. Przebieg choroby lub dolegliwości			
1. Specyficzne choroby			Od 01.01.1987
- choroby układu słuchowego			
- choroby układu równowagi			
- choroby układu słuchowego			
2. podlegające og. aparatury implantacji słuchowej			

Badanie słuchowe

	Ucho prawe	Ucho lewe
Uchłysty		
2. dziesięciocentym. aparat słuchowy lub impl. słuchowy		
Uchłysty		

Rezonans: _____

Wniosek: _____

ZDOLNY / NIEZDOLNY ⁷ DO KIEROWANIA POJAZDEM Z NAPĘDEM SILNIKOWYM

_____ (Data)

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

 (data wypełnienia) _____ Katedra _____ (nazwa kierunku, specj. med.) _____	 (data wypełnienia) _____ Katedra _____ (nazwa kierunku, specj. med.) _____	
---	---	--

ORZECZENIE LEKARSKIE NR _____ (rok) 2020 W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 75 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 <u>niezależnie od planu badania lekarskiego</u> w dniu 1 stycznia 2011 r. skierowany pacjent (Dz. U. z 2019 r. poz. 341, z późn. zm.) Pacjent/Pani _____ na PESEL _____, z przynależą osoby, której nie nadano nr PESEL - narwa i numer dokumentu stwierdzającego _____ tożsamość _____ zamięskulę (4-6j) _____ (nazwa i adres placówki)	ORZECZENIE LEKARSKIE NR _____ (rok) 2020 W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 75 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 <u>niezależnie od planu badania lekarskiego</u> w dniu 1 stycznia 2011 r. skierowany pacjent (Dz. U. z 2019 r. poz. 341, z późn. zm.) Pacjent/Pani _____ na PESEL _____, z przynależą osoby, której nie nadano nr PESEL - narwa i numer dokumentu stwierdzającego _____ tożsamość _____ zamięskulę (4-6j) _____ (nazwa i adres placówki)
---	---

Szkieletowanie I. Bruk szkieletu przeziwiał zdrowotny do kierunku pojawiają, do których pch wyznacze: 1) prawo zajęty katęgi 1/2, a) [] AM, AL, AZ, BJ, B, E, T b) [] CL, CH, C, C, C, D, D, D, D, D, D, D, E c) [] CL, CH, C, C, C, C, C, E 2) [] <u>przeziwiał do kierunku szkieletowania</u> II. Ogarnięcie w zakresie: 1) pojawia, którym nie kierował osoba badana, ich wyposazenie, oznakowania ich przystawienia/... 2) specjalnych wynagów wolę osoby skierują pojawia...	Szkieletowanie I. Bruk szkieletu przeziwiał zdrowotny do kierunku pojawiają, do których pch wyznacze: 1) prawo zajęty katęgi 1/2, a) [] AM, AL, AZ, BJ, B, E, T b) [] CL, CH, C, C, C, E, D, D, D, D, D, D, D, E c) [] CL, CH, C, C, C, E 2) [] <u>przeziwiał do kierunku szkieletowania</u> II. Ogarnięcie w zakresie: 1) pojawia, którym nie kierował osoba badana, ich wyposazenie, oznakowania ich przystawienia/... 2) specjalnych wynagów wolę osoby skierują pojawia...
---	--

Termin następnego badania _____ (nazwa i adres placówki)	Termin następnego badania _____ (nazwa i adres placówki)
--	--

Opis _____ (nazwa i adres placówki)	Opis _____ (nazwa i adres placówki)
---	---

[illegible]