

Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępna (W); Okresowe (O); Kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	Monitoring stanu zdrowia (M); badanie celowane (C); czynne poradnictwo (D); inne (I)
Objęty opieką	Pracownik (P); wykonujący pracę nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)
	Data urodzenia

1. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Nazwisko i imię																
Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku-nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)														Płeć	M	K
Adres zamieszkania	Kod pocztowy			-												
Zawód wyuczony																
Zawód wykonywany																

2. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa																
Adres	Kod pocztowy			-												

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów:

.....

Skierowanie od pracodawcy/placówki medycznej	Tak	Nie
Informacja o czynnikach szkodliwych	Tak	Nie
Wynik pomiarów czynników szkodliwych	Tak	Nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak	Nie

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy/odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich:

*

*zgodnie z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie:

Nazwa i adres pracodawcy/placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy/nauki	Okres zatrudnienia/ nauki	Czynniki szkodliwe/ uciążliwe	Okres zatrudnienia/ nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	Tak	Nie		
a) stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką?	Numer z wykazu chorób zakaźnych
b) lekarz wnioskuje o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy?	Z jakiego powodu?
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?			Kiedy?	Opis skutków zdrowotnych wypadku
d) przyznano świadczenie rentowne?			Kiedy?	Z jakiego powodu? Choroby zawodowej(Z),wypadku przy pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O)
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej):.....

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu/ choroby narządu głosu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry/uczulenia			
Choroby zakaźne/pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)	Data ostatniej miesiączki:.....Zaburzenia cyklu TAK/NIE Porody.....Poronienia.....Leki hormonalne TAK/NIE		
Wywiad rodzinny	Alergia, astma,cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory, inne (jakie?)		
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu: w przeszłości: TAK ile lat? /NIE Nie pali od.....lat. Obecnie: TAK/NIE Ile sztuk?			
Inne używki (jakie?)			

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej słaba	Słaba
	TAK	NIE	Opis-uwagi		
Czy badany(a) przebył (a) zabieg(i) operacje? Jakiej? Kiedy?					
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?					
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?					

Nie mam lęku wysokości

.....
podpis osoby badanej

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
(podpis osoby badanej)

.....
(podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie przedmiotowe)

BADANIE POMOCNICZE (wyniki w załączeniu)

L.p.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynników narażenia

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE (wyniki w załączeniu)

L.p.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data konsultacji	Wyniki konsultacji

BADANIE PODMIOTOWE

Wzrost:.....cm	Masa ciała:.....kg	BMI:.....	Tętno:...../min	RR...../.....MmHg
Wzrok: OP:.....cc.....OL:.....cc.....			Orientacyjne pole widzenia:	
Rozpoznawanie barw: prawidłowe / zaburzone		Zez: TAK/NIE		Oczopląs: (obecny/nieobecny):
Ocena				
Słuch	Szept:	UP.....m,		UL.....m
Układ równowagi	Romberg(.....)		Ocena	
	Norma	Patologia	Nie badano	
Skóra				
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				

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne: Nie Tak

L.p.	Rodzaj badania	Uzasadnienie: wynika z umowy ze względu na stan zdrowia, Inne (jakie)

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych: Nie Tak

uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....

Rozpoznanie:

.....

Zalecenia:.....

.....

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

.....

WYDANO ORZECZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku.....
- braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku.....
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko uzasadniających:

- przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienia 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 niemożliwe zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
 - szkodliwy wpływ 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 chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy
- potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego
- inne:

UWAGI:.....

	dd	-	m-c	-	rok
Data wydania orzeczenia					
Data następnego badania					

.....
 (Podpis i pieczętka lekarza)

Data badania	W wywiadzie nic się nie zmieniło. Badanie podmiotowe i przedmiotowe jak poprzednio. Od ostatniego badania nie byłem(am) leczony(na) szpitalnie i nie miałem(am) wypadku w pracy	Data następnego badania

- Badany(a)/podmiot kierujący na badanie odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego dow dniu.....
- Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej w dniu.....