

- przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią, uzasadniających:
- a) przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy,
  - b) 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 pieczęć lekarza

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

\*) niepotrzebne skreślić

## KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(numer kolejny badania .....)

pieczęć podmiotu  
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

Rodzaj badania profilaktycznego	wstępne (W), okresowe (O), kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badanie celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)
Objęty opieką jako	pracownik (P), wykonujący prace nakładczą (N), pobierający naukę (U), na własny wniosek (W)

### I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

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

### II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa		
Adres		kod pocztowy

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów .....

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

	dd	-	m-c	-	rok
Data założenia karty					
Data badania					

\* w razie braku skierowania od pracodawcy/placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

zlec. 14/99 ReMI Bielesko-Biała, tel. 33 499 00 30, www.remi.com.pl

Imię i nazwisko osoby badanej .....

### BADANIA POMOCNICZE

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynnika narażenia

### KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji



Imię i nazwisko osoby badanej .....

### BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej) .....

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki		<input checked="" type="checkbox"/>	
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)			
Wywiad rodzinny*			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu			w przeszłości:      obecnie:
Inne używki			

\* w szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów

Imię i nazwisko osoby badanej .....

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

.....  
.....  
.....

• zgodne 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?	Nie	Tak
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?		
d) przyznano świadczenie rentowe?		
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?		

Jaką? ..... Nr z wykazu chorób zawodowych

Kiedy? ..... z jakiego powodu? .....

Kiedy? ....., opis skutków zdrowotnych wypadku .....

Kiedy? ....., z jakiego powodu: choroby zawodowej (Z), wypadku w pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O)

Kiedy? ....., stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

Imię i nazwisko osoby badanej .....

Subiektywna ocena stanu zdrowia	bardzo dobre		dobre		raczej dobre		raczej słabe		słabe	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jaki(e)? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakie?			

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

✓

.....  
podpis badanego(ej)

.....  
podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

Imię i nazwisko osoby badanej .....

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne nie  tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

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:

.....  
.....  
.....

Imię i nazwisko osoby badanej .....

**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,

Imię i nazwisko osoby badanej .....

**BADANIE PRZEDMIOTOWE\***

Wzrost	✓	Masa ciała	✓	Tętno	RR
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak / nie	Orientacyjne pole widzenia
Stuch	Szept. UP ..... m		UL ..... m		
Układ równowagi	Romberg ( )		Oczopląs: obecny / nieobecny		
	Norma	Patologia	Nie badano	Patologia (opis)	
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					

\* odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.