

- ☐ 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	-	mies.	-	rok
Data wydania orzeczenia			-		
Data następnego badania			-		

.....
(pieczętka i podpis 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

FPOL VIII/74

10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
WOJSKOWE CENTRUM MEDYCYNY PRACY
POLIKLINIKA
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 5
REGON 090538318 NIP 554-031-25-10
sekretariat tel. 261-417-290

(numer kolejny badania)

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	pracownik (P); wykonujący pracę nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)	

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko		<table><tr><td>pleć</td><td></td></tr><tr><td>M / K</td><td></td></tr></table>	pleć		M / K			
pleć								
M / K								
PESEL								
Adres zamieszkania		kod pocztowy			-			
Zawód wyuczony/ 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"/>	<table><tr><td></td><td>dd</td><td>-</td><td>mies.</td><td>-</td><td>rok</td></tr><tr><td>Data założenia karty</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Data badania</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>		dd	-	mies.	-	rok	Data założenia karty			-			Data badania			-		
	dd	-		mies.	-	rok															
Data założenia karty				-																	
Data badania				-																	
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"/>																			

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:	TAK	NIE
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?		

kiedy?.....
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).....

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