

BADANIE POMOCNICZE				
Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Czynniki szkodliwe, uciążliwe
1	EKG p. 130			Promieniowanie: EM, nadfioletowe (UV), podczerwone, widzialne (światło), laserowe, jonizujące .....
2	Audiometr p. 232			Wibracja ogólna, Monitor ekranowy, Hałas, Hałas impulsowy, Mikroklimat, Zwiększone, obniżone ciśnienie atmosf., Ultradźwięki .....
3	Spirometr p. 231			Praca na wysokości - do 3m, pow. 3m. Praca zmianowa. Kontakt z czynnikami biologicznymi .....
4	RTG - płuc			Pełna sprawność psychoruchowa: Kierowca kat. .... Praca z bronią. Maszyny w ruchu. Regulacja ruchem .....
5	Psychotesty			Czynniki chemiczne .....
				INNE: .....

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE				
Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	
				WYNIK KONSULTACJI
1	Okulista p. 207A			
2	Neurolog p. 127/268			
3	Laryngolog p. 134			
4	Stomatolog			
5	Kardiolog			
4	Psycholog			
5	Psychiatra			

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)				
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.

BADANIE POMOCNICZE				
Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Czynniki szkodliwe, uciążliwe
1	EKG p. 130			Promieniowanie: EM, nadfioletowe (UV), podczerwone, widzialne (światło), laserowe, jonizujące .....
2	Audiometr p. 232			Wibracja ogólna, Monitor ekranowy, Hałas, Hałas impulsowy, Mikroklimat, Zwiększone, obniżone ciśnienie atmosf., Ultradźwięki .....
3	Spirometr p. 231			Praca na wysokości - do 3m, pow. 3m. Praca zmianowa. Kontakt z czynnikami biologicznymi .....
4	RTG - płuc			Pełna sprawność psychoruchowa: Kierowca kat. .... Praca z bronią. Maszyny w ruchu. Regulacja ruchem .....
5	Psychotesty			Czynniki chemiczne .....
				INNE: .....

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE				
Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	
				WYNIK KONSULTACJI
1	Okulista p. 207A			
2	Neurolog p. 127/268			
3	Laryngolog p. 134			
4	Stomatolog			
5	Kardiolog			
4	Psycholog			
5	Psychiatra			

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)				
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.

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 i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)	..... (podpis badanego)
Upoważniam / nie upoważniam	Upoważniam / nie upoważniam
..... (imię i nazwisko, dane kontaktowe)	..... (imię i nazwisko)
.....	.....
Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	Do uzyskiwania dokumentacji
..... (podpis badanego(ej))	..... (podpis badanego(ej))

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 i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)	..... (podpis badanego)
Upoważniam / nie upoważniam	Upoważniam / nie upoważniam
..... (imię i nazwisko, dane kontaktowe)	..... (imię i nazwisko)
.....	.....
Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	Do uzyskiwania dokumentacji
..... (podpis badanego(ej))	..... (podpis badanego(ej))

BADANIE PRZEDMIOTOWE*									
Wzrost		Masa ciała			Tętno		RR		
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe		Rozpoznanie barw	Zez: tak / nie	Orientacja 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.

BADANIE PRZEDMIOTOWE*									
Wzrost		Masa ciała			Tętno		RR		
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe		Rozpoznanie barw	Zez: tak / nie	Orientacja 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.