GABINET INTERNISTYCZNY lek. *Robert Liszka*
59-900 ZGORZELEC, ul. Bohaterów Getta 15/1

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko		Płeć M/K	
Identyfikator (numer **PESEL**, o ile został nadany, a w przypadku jego braku - nazawa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia		Wzrost	Masa ciała
Adres zamieszkania		kod pocztowy	—
Zawód wyuczony/zawód wykonywany		**tel. kontaktowy pracownika/ucznia**	

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)

.....

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)				
Wywiad rodzinny [1]				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			w przeszłości:	obecnie:
Inne używki				

[1] *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.

..... Data ....

Pieczątka lekarza — **podpis badanego(ej)**

SIERPC Tel./fax 24- 275-64-65; 24- 275-79-01; www.alfadruk.pl Zlec. 30309