

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

## I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko					
Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku – nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)	Pieć M / K				
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	nie
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy / nauki	tak	nie
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	tak	nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy / nauki	tak	nie

	dd		m-c		rok
Data założenia karty		-		-	
Data 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?			kiedy? ..... Nr z wykazu chorób zawodowych <input type="text"/>
b) lekarz wnioskował 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 rentowe?			kiedy? ..... z jakiego powodu? ..... choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			kiedy? ..... stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności) .....

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