

## KARTA BADANIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO

osób wykonujących prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby,  
 lub kształcących się do wykonywania tych prac

### I. DANE OSOBY BADANEJ

Data założenia karty .....

Nazwisko i imię													P	ł	e	ć	<b>K</b>	<b>M</b>		
PESEL													Data urodzenia							
Adres zamieszkania												Kod pocztowy				-				

Tel. kontaktowy do pacjenta .....

### II. DANE DOTYCZĄCE PODEJMOWANYCH LUB WYKONYWANYCH PRAC

Nazwa zakładu pracy																		
Adres zakładu pracy												Kod pocztowy				-		
Stanowisko pracy												od						
Zakres czynności																		

**Wywiad lekarski:** Skargi osoby badanej: .....

Data badania	Pomiar R/R	Czy chorował/a Pan/i lub miał/a kontakt z poniższymi chorobami?	TAK*	NIE*	Opis	Badanie przedmiotowe	Norma	Patologia	Uzupełnienia
		Choroby zakaźne				Skóra, włosy, paznokcie			
		Kontakt z gruźlicą				Nos, jama ustna, zęby, gardło			
		Choroby układu oddechowego				Płuca, serce			
		Choroby układu pokarmowego				Inne			
		Choroby skóry				..... Podpis osoby badanej (badanie 1)			
		Przetoki kałowe lub moczowe							
		Stany chorobowe przebieg. z nietrzymp.							
		Palenie papierosów					Ile dziennie?		

Badanie 2) – oświadczam, że mój stan zdrowia nie zmienił się od dnia poprzedniego badania	Podpis pacjenta:	Badanie 5) – oświadczam, że mój stan zdrowia nie zmienił się od dnia poprzedniego badania	Podpis pacjenta:
Badanie 3) – oświadczam, że mój stan zdrowia nie zmienił się od dnia poprzedniego badania	Podpis pacjenta:	Badanie 6) – oświadczam, że mój stan zdrowia nie zmienił się od dnia poprzedniego badania	Podpis pacjenta:
Badanie 4) – oświadczam, że mój stan zdrowia nie zmienił się od dnia poprzedniego badania	Podpis pacjenta:	Badanie 7) – oświadczam, że mój stan zdrowia nie zmienił się od dnia poprzedniego badania	Podpis pacjenta:

**Badania dodatkowe:** .....

**Treść wydanego orzeczenia:**

1. Zdolny /a do podjęcia/wykonywania prac. Data następnego badania: 1).....

2)	3)	4)
5)	6)	7)

2. Wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny/a do podjęcia/ wykonywania prac

a) trwale    b) czasowo na okres .....data następnego badania: .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza