

## 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	<b>JAN NOWAK</b>												P ł e ć	<b>K</b>	<b>M</b> <b>X</b>					
PESEL	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	Data urodzenia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Adres zamieszkania	<b>Ul. NOWA 11 Warszawa</b>											Kod pocztowy	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		

Tel. kontaktowy do pacjenta .....

### II. DANE DOTYCZĄCE PODEJMOWANYCH LUB WYKONYWANYCH PRAC

Nazwa zakładu pracy	<b>PHU ANASTAZJA Sp. z o.o.</b>																		
Adres zakładu pracy	<b>Jasna 2</b>											Kod pocztowy	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>Warszawa</b>
Stanowisko pracy	<b>sprzedawca</b>											od							
Zakres czynności	<b>Sprzedaż artykułów żywnościowych</b>																		

**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		X	<b>Wrzody żołądka</b>	Skóra, włosy, paznokcie			
		Kontakt z gruźlicą		X		Nos, jama ustna, zęby, gardło			
		Choroby układu oddechowego		X		Płuca, serce			
		Choroby układu pokarmowego	X			Inne			
		Choroby skóry		X		<i>Jan Nowak</i>			
		Przetoki kałowe lub moczowe		X					
		Stany chorobowe przebieg. z nietrzymp.		X					
		Palenie papierosów	X			Ile dziennie?	<b>10</b>	..... Podpis osoby badanej (badanie 1)	

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