



## BADANIE PODMIOTOWE - MEDYCYNA PRACY (OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA)

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony / zawód wykonywany
	Pesel			

Numer telefonu domowego / komórkowego		Numer telefonu do pracy	
---------------------------------------	--	-------------------------	--

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK			Wzrost	
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/	Waga	
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy?	Z jakiego powodu?	Adres lekarza rodzinnego	
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy?	Skutki wypadku		
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy?	Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)		
Orzeczono stopień niepełnosprawności?			Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)		

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
--	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	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 <sup>1)</sup>				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			w przeszłości:	obecnie:
Inne używki				

1)w szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, chorób psychicznej, chorób 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)? Jakiej?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?			

**Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą**

.....

data i podpis badanego