

# KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

FPOL VIII/74

10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką (numer kolejny badania .....)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**GABINET MEDYCYNY PRACY**

85-915 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 5

NIP 554-031-25-10 REGON 090538318

tel. 261 417 314

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 jako	pracownik (P), wykonujący prace nakładczą (N), pobierający naukę (U), na własny wniosek (W)

## I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Nazwisko i imię			Płeć	M/K
PESEL				
Adres zamieszkania				
	kod pocztowy			
Zawód wyuczony / wykonywany				

## II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa			kod pocztowy
Adres			kod pocztowy

## Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Data założenia karty	dd	-	m-c	-	rok
Data badania					

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.

\*w razie braku skierowania od pracodawcy/placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.