

Oznaczenie placówki dydaktycznej
(pieczęć, nadruk lub naklejka,
zawierająca nazwę, adres,
NIP, Regon)

SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE do WOMP CP – L w Lublinie

Stosownie do przepisów:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 437)
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

I. Kieruję na badania lekarskie:

.....
(imię/imiona i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

PESEL

(w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

- kandydata*/ ucznia* szkoły ponadpodstawowej
- kandydata*/słuchacza* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne do 18 r.ż.)
- kandydata do szkoły wyższej*, studenta*
- doktoranta

.....
(zakres kształcenia)

II. W trakcie:

- praktycznej nauki zawodu *
- studiów *
- kwalifikacyjnych kursów zawodowych *
- kształcenia doktorantów *

wyżej wymieniony/a będzie* jest* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

.....
.....
* właściwe podkreślić

.....
pieczęć (nadruk lub naklejka)
imię, nazwisko i własnoręczny podpis
kierującego na badania lekarskie

Lublin, dnia.....

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

BADANIA PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej):

	Tak	Nie		
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu/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*				
Inne problem zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

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)? Jakie? Kiedy?			
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.

.....
(podpis badanego)

.....
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów