

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DLA CELÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD PRACOWNIKAMI

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL:

Adres miejsca pobytu w Czechach:

Adres stałego miejsca zamieszkania:

Numer dowodu osobistego:

Numer paszportu:

Numer ubezpieczenia zdrowotnego:

Dane fakty proszę oznaczyć kółeczkiem!

ANAMNEZA RODZINNA

Czy występowały bądź występują u któregoś z Twoich krewnych w linii prostej niżej wymienione choroby:
gruźlica, wysokie ciśnienie, zawał, udar, astma, epilepsja, choroby dziedziczne bądź wrodzone , inne choroby?

NIE TAK

ANAMNEZA OSOBISTA

Czy obecnie jesteś leczony(a) NIE TAK

Czy w przeszłości byłeś leczony(a) NIE TAK

LEGITYMACJE, OGRANICZENIA

Czy posiadasz pozwolenie na broń: NIE TAK

Prawo jazdy: NIE TAK, kategoria:

Renta inwalidzka: NIE TAK od roku

grupa:

Zmiana zdolności do pracy: NIE TAK od roku

Czy przebyłeś(a) jedną z niżej wymienionych chorób?

Choroby zakaźne (gruźlica, syfilis, rzeżączka, żółtaczka wirusowa, salmonelloza, mononukleozę zakaźną, inne)

NIE TAK jakie?

Choroby narządów ruchu (chroniczne bóle kręgosłupa lub stawów, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroby serca i naczyń (wysokie ciśnienie, zawał mięśnia sercowego, arytmia , wady serca, inne...)

NIE TAK jakie?

Choroby płuc (astma, bronchit chroniczny, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroby nerwowe (epilepsja, migrena, nieprzytomność, zaburzenia równowagi, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroby psychiczne (depresja, mania, psychoza, uzależnienie od alkoholu, toksykomania, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroby układu pokarmowego (wrzodowa choroba żołądka czy dwunastnicy, zapalenie jelit, często się powtarzające zaparcie bądź rozwolnienie, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroba wątroby i dróg żółciowych (stwardnienie wątroby, kolki wątrobowe, kamienie żółciowe, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroby nerek i dróg moczowych (chroniczne zapalenia, obniżona funkcja, kolki, kamienie nerkowe, inne ...)

NIE TAK jakie?

Choroby skóry (egzemy, alergie miejscowe, choroby zapalne czy grzybiczne skóry, inne...)

NIE TAK jakie?

Choroby wzroku (pogorszony wzrok, zaburzenia pola widzenia, katarakta lub jaskra, zapalenia, inne...)

NIE TAK jakie?

Choroby uszu (pogorszony słuch, chroniczne zapalenia ucha środkowego, huczenie w uszach, inne ...)

NIE TAK jakie?

Endokrynologia (cukrzyca, choroba tarczycy, zaburzenia poziomu tłuszczów, choroby metaboliczne, dna, inne ...)

NIE TAK jakie?

Obserwacja i badania w wyspecjalizowanym ambulatorium (kardiologia, diabetologia, endokrynologia, neurologia, psychiatria, oddział okulistyczny, płucny, dermatologiczny, onkologia, ortopedia, alergologia, reumatologia, inne ...)

NIE TAK proszę podać jakie i od kiedy

Hospitalizacja:

NIE TAK proszę podać kiedy i czego dotyczyła

Operacje:

NIE TAK czego

Urazy (złamania, utrata świadomości, amputacja ...)

NIE TAK proszę podać jakie i kiedy

Szczepienie przeciw tężcowi:

NIE TAK proszę podać datę ostatniego szczepienia

SKODLIWE UZALEŻNIENIA

Czy spożywasz alkohol?

NIE TAK / Okazyjnie TAK/regularnie
 TAK? Jaki i ile dziennie:

Czy zażywasz narkotyki i środki uzależniające: NIE TAK i jakie

ANAMNEZA ALERGICZNA

Czy pojawiły się u ciebie w przeszłości bądź obecnie oznaki alergii (w szczególności alergeny z otoczenia w pracy – tworzywa, metale, oleje mineralne, farby, pył, pyłek lub inne)

NIE TAK proszę podać alergeny

ANAMNEZA FARMAKOLOGICZNA

Czy obecnie zażywasz jakieś lekarstwa?

NIE TAK podaj jakie

.....

ANAMNEZA GINEKOLOGICZNA (wypełniają tylko kobiety)

Porody: NIE TAK liczba

Czy jest Pani w ciąży?

NIE

TAK

Anamneza robocza

Czy w poprzednich miejscach pracy pracowałeś(a) na stanowiskach kategorii 2R i wyższej?

| | | |
|---|-----|-----|
| Pył: | NIE | TAK |
| Szkodliwe substancje chemiczne: | NIE | TAK |
| Hałas: | NIE | TAK |
| Wibracje: | NIE | TAK |
| Niejonizujące promieniowanie i pole elektromagnetyczne: | NIE | TAK |
| Obciążenie fizyczne: | NIE | TAK |
| Pozycja w pracy: | NIE | TAK |
| Obciążenie cieplne: | NIE | TAK |
| Obciążenie chłodnicze: | NIE | TAK |
| Obciążenie psychiczne: | NIE | TAK |
| Obciążenie wzroku: | NIE | TAK |
| Czynniki biologiczne: | NIE | TAK |
| Podwyższone ciśnienie powietrza: | NIE | TAK |

Inne fakty, o których chciałbyś poinformować lekarza:

.....
.....

Oświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy i sumienia informacje podane w niniejszym kwestionariuszu są prawdziwe i całkowite. Informacje, które uważam za zbyt poufne, podam lekarzowi w czasie badania lekarskiego. Jestem w pełni świadomy(a) tego, że zatajając lub nie podając prawdziwych informacji o moim stanie zdrowia przyjmuję współodpowiedzialność za ewentualną błędną ocenę mojej zdolności do wykonywania pracy. W szczególności chodzi o przypadki, gdy występowanie chorób, których nie wymieniłem(-łam) bądź umyślnie zataiłem(-łam) można wykazać tylko na podstawie badań nie stanowiących zwykłego elementu badań lekarskich pracowników.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z GDPR w myśl Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.4.2016 r.

Data:

Podpis weryfikowanej osoby