

WZÓR

KARTA BADANIA LEKARSKIEGO (kolejny nr badania)

Oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie	Podstawa prawna badania lekarskiego
--	-------------------------------------

Data badania	dzień	mies.	rok
	-	-	-

Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko				Telefon			
PESEL*				Płeć (M/K)			
Adres zamieszkania				Kod pocztowy	-		

Uwagi dodatkowe dotyczące badania lekarskiego

--

* Numer PESEL, a w przypadku jego braku – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia.

BADANIE PODMIOTOWE
Skargi osoby badanej

Zakres badania	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia / incydenty nagłej utraty świadomości			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu/głosu			
Zawroty głowy / zaburzenia równowagi			
Choroby narządu wzroku			
Korekcja okularowa / soczewki kontaktowe			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego, w tym zaburzenia oddychania podczas snu			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry/uczulenia			
Choroby zakaźne/pasożytnicze			
Choroby endokrynologiczne			
Przebyte hospitalizacje, w tym zabiegi operacyjne			
Leczenie w poradni specjalistycznej			
Wywiad ginekologiczno-polożniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny			
Inne problemy zdrowotne			
Przyjmowane leki			
Palenie tytoniu			
Inne używki			
Stopień niepełnosprawności / świadczenia rentowe			
			w przeszłości:
			obecnie:

BADANIE PRZEDMIOTOWE**

Wzrost	Masa ciała	Tętno	Ciśnienie tętnicze

Zakres badania	Norma	Patologia	Nie badano	Opis patologii
Skóra				
Głowa/czaszka				
Węzły chłonne				
Nos				
Jama ustno-gardłowa				
Szyja				
Klatka piersiowa				
Płuca				
Układ sercowo-naczyniowy				
Jama brzuszna				
Układ moczowo-płciowy				
Układ ruchu				
Układ nerwowy				
Stan psychiczny				

** Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym w przypadku stwierdzenia patologii należy uzupełnić również jej opis.

BADANIE NARZĄDU WZROKU**

Lp.	Zakres badania	Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
1	Ostrość wzroku do dali bez korekcji			
2	Ostrość wzroku do dali z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
3	Obuoczna ostrość wzroku bez korekcji			
4	Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
5	Ostrość wzroku do bliży bez korekcji			
6	Ostrość wzroku do bliży z korekcją			
7	Pole widzenia			
8	Rozpoznawanie barw			
9	Widzenie obuoczne			
10	Widzenie zmięrczchowe			
11	Wrażliwość na ośnienie			
12	Wrażliwość na kontrast			

BADANIE NARZĄDU SŁUCHU I RÓWNOWAGI*****Badanie akumetryczne słuchu (szepciem)**

Odległość	Ucho		Z zastosowaniem aparatu słuchowego lub implantu słuchowego
	prawe	lewe	
			ucho prawe ucho lewe

Badanie narządu równowagi

Oczopląs samostoinny:	Ucho	
Próby statyczno-dynamiczne:	obecny	nieobecny
(wpisać nazwę wykonanych prób)	(wpisać wynik każdej wykonanej próby – prawidłowa/nieprawidłowa)	

*** Zakres oceny odpowiedni do celu badania.

BADANIA POMOCNICZE

Lp.	Rodzaj badania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla przeprowadzonego badania lekarskiego

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data konsultacji	Wyniki konsultacji istotne dla przeprowadzonego badania lekarskiego

Zakres badań poszerzony Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Rozpoznanie:

.....

Zalecenia:

.....

Wydane orzeczenie:

.....

Zmiana częstotliwości wykonywania badań Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....

UWAGI:

.....

	dzień	mies.	rok
Data wydania orzeczenia	-	-	-
Data następnego badania	-	-	-

.....
(podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza)

- Osoba badana / podmiot kierujący na badanie / jednostka upoważniona**** odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do
- w dniu
- Dokumentację medyczną wydano osobie badanej / przesłano do jednostki odwoławczej**** w dniu

**** Niepotrzebne skreślić.