|  |
| --- |
| Numer ewidencyjny…………………………………....................Pieczęć świadczeniodawcy ,REGON |

**KARTA BADAŃ DO CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

**DANE OSOBY BADANEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwiskoNr ew. PESEL(lub odpowiedni numer wynikającyz dokumentu tożsamości) | **Imię……………………………………………………………………………………………………..****Nazwisko……………………………………………………………………………………………..****PESEL……………………………………………………………………………………………………** | **Data urodzenia****Dzień Miesiąc Rok****…………………………………………………..****Pleć…………………………………………….** |
| Adres zamieszkania | **Kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….** |

**DANE DOTYCZĄCE PODEJMOWANYCH LUB WYKONYWANYCH PRAC**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane o miejscu pracy/miejscu odbywania szkolenia | **Nazwa****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****Adres****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****Regon****……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| Stanowisko i zakres obowiązków | **Stanowisko****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….****Od…………………………………………………………………….…….do………………………………….……………………………………………****Zakres czynności…………………………………………………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….** |

**BADANIA LABORATORYJNE DLA CELÓW EPIDEMIOLOGICZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data badania** | **Rodzaj badania** | **Wynik** |
|  |  |  |

**BADANIA POMOCNICZE I KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data badania lub konsultacji** | **Rodzaj badania lub konsultacji** | **Wynik** |
|  |  |  |

**TREŚĆ WYDANYCH ORZECZEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wydania orzeczenia** | **Treść orzeczenia** |
|  |  |

**DANE Z WYWIADU LEKARSKIEGO I BADANIA PRZEDMIOTOWEGO**

**Wywiad Nie Tak Badanie przedmiotowe Norma Patologia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zgłaszane dolegliwości |  |  | Skóra |  |  |
| Przewlekłe biegunki |  |  | Więzły chłonne |  |  |
| Nietrzymanie moczu |  |  | Gardło |  |  |
| Nietrzymanie stolca |  |  | Jama usta |  |  |
| Przetoki kałowe |  |  | Układ oddechowy |  |  |
| Przetoki układu moczowego |  |  | Serce |  |  |
| Zmiany skórne |  |  | RR |  |  |
| Stany zapalne dróg oddechowych |  |  | Naczynia  |  |  |
| Uczulenie na środki spożywcze |  |  | Jama brzuszna |  |  |
| Inne choroby |  |  |  |  |  |

Opis…………………………………………………………………………… Opis……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………

Podpis badanego……………………………………………………….. data…………………………………………………………………………………….

**Wywiad Nie Tak Badanie przedmiotowe Norma Patologia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zgłaszane dolegliwości |  |  | Skóra |  |  |
| Przewlekłe biegunki |  |  | Więzły chłonne |  |  |
| Nietrzymanie moczu |  |  | Gardło |  |  |
| Nietrzymanie stolca |  |  | Jama usta |  |  |
| Przetoki kałowe |  |  | Układ oddechowy |  |  |
| Przetoki układu moczowego |  |  | Serce |  |  |
| Zmiany skórne |  |  | RR |  |  |
| Stany zapalne dróg oddechowych |  |  | Naczynia  |  |  |
| Uczulenie na środki spożywcze |  |  | Jama brzuszna |  |  |
| Inne choroby |  |  |  |  |  |

Opis…………………………………………………………………………… Opis……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………

Podpis badanego……………………………………………………….. data…………………………………………………………………………………….