

(oznaczenie jednostki przeprowadzającej badanie)

KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Data badania		
Dzień	Miesiąc	Rok
21	10	2020

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko	Adam Nowak	Data urodzenia	Dzień	Miesiąc	Rok			
		Płeć ¹⁾	15	10	1994			
Numer PESEL ²⁾	94101578987	Rok uzyskania uprawnienia do kierowania pojazdami						
Adres miejsca zamieszkania	Długa 6, Czersk	kod pocztowy	8	9	-	6	5	0
Organ właściwy do wydania dokumentu uprawnającego do kierowania pojazdami (nazwa i adres)		kod pocztowy			-			

2. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU ¹⁾	kategoria prawa jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem
ubiegania się o uzyskanie uprawnień do kierowania motorowerem, pojazdami silnikowymi lub uprawnienia do kierowania tramwajem	B
przedłużenia ważności prawa jazdy określonej kategorii lub pozwolenia na kierowanie tramwajem	
ubiegania się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem cofniętego ze względu na stan zdrowia	
kierowania motorowerem, pojazdem silnikowym lub tramwajem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu	
uzasadnionych i poważnych zastrzeżeń co do stanu zdrowia osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem	
występowania o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne albo o przedłużenie ważności tego dokumentu	
kandydata do szkoły ponadpodstawowej lub ucznia szkoły ponadpodstawowej, prowadzącej kształcenie w zawodzie, dla którego podstawa programowa kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. zm.), przewiduje przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym lub do uzyskania kwalifikacji do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy i umiejętności kierowania pojazdem silnikowym	
kandydata na kwalifikacyjny kurs zawodowy lub słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego, w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie, dla której podstawa programowa kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe, przewiduje przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym lub do uzyskania kwalifikacji do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy i umiejętności kierowania pojazdem silnikowym.	

3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

A. Badanie podmiotowe

Lp.	Podstawowe problemy zdrowotne	TAK	NIE	Uwagi Lekarza
1.	Dolegliwości zgłaszane przez osobę badaną		NIE	
2.	Urazy czaszki		NIE	
3.	Urazy kończyn górnych (kkg), kończyn dolnych (kkd), kręgosłupa		NIE	
4.	Incydenty nagłej utraty świadomości		NIE	
5.	Choroby układu nerwowego, w tym padaczka		NIE	
6.	Choroby psychiczne		NIE	
7.	Choroby układu ruchu		NIE	
8.	Choroby układu krążenia		NIE	
9.	Cukrzyca		NIE	
10.	Choroby układu oddechowego, w tym zaburzenia oddychania podczas snu		NIE	
11.	Choroby układu pokarmowego		NIE	
12.	Choroby endokrynologiczne		NIE	
13.	Choroby układu moczowego		NIE	
14.	Zawroty głowy, zaburzenia równowagi		NIE	
15.	Przebyte hospitalizacje, w tym zabiegi operacyjne		NIE	
16.	Leczenie w poradni specjalistycznej (jeżeli tak, to w jakiej? od kiedy?)		NIE	
17.	Inne dane z wywiadu		NIE	

B. Badanie przedmiotowe³⁾

Lp.	Narząd (układ)	Brak zmian patologicznych	Opis stwierdzonej patologii
1.	Budowa ciała:	X	
1.1.	Głowa	X	

1.2.	Blizny skórne i ubytki kostne czaszki	X	
1.3.	Ruchomość galek ocznych, kształt i reakcje źrenic	X	
1.4.	Asymetria twarzy, zbaczanie języka	X	
2.	Tarczycza	X	
3.	Układ oddechowy:	X	
	- szmer oddechowy	X	
4.	Układ krążenia:	X	
4.1.	Miarowość	X	
4.2.	Tony serca: szmery	X	
4.3.	Tętno/min.	X	
4.4.	RR (w spoczynku) mmHg	X	
5.	Brzuch:	X	
5.1.	Bolesność; opory patologiczne	X	
5.2.	Przepukliny	X	
5.3.	Wątroba	X	
6.	Układ ruchu	X	
6.1.	Badanie sprawności kończyn górnych:	X	
6.1.1.	Siła mięśniowa	X	
6.1.2.	Chwytność rąk	X	
6.1.3.	Ograniczenie ruchomości stawów:	X	
	a) palców i nadgarstków	X	
	b) łokciowych	X	
	c) barkowych	X	
6.2.	Badanie sprawności kończyn dolnych:	X	
6.2.1	Ograniczenie ruchomości stawów:	X	
	a) stopy i skokowego	X	
	b) kolanowego i biodrowego	X	
6.3.	Ruchomość kręgosłupa:	X	
	a) odcinka szyjnego	X	
	b) odcinka lędźwiowego	X	
6.4.	Badanie chodu	X	
6.5.	Anomalie wrodzone lub pourazowe	X	
7.	Układ nerwowy:	X	
7.1.	Niedowłady, porażenia kończyn górnych	X	
7.2.	Niedowłady, porażenia kończyn dolnych	X	
7.3.	Zaniki mięśniowe	X	
7.4.	Zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej	X	
8.	Stan psychiczny	X	

C. Skierowania na badania pomocnicze albo konsultacje specjalistyczne:

.....2020-10-21.....
(data)

.....
(podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza)⁴⁾

4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego **Adam Nowak**

Numer PESEL²⁾ **94101578987**

Adres miejsca zamieszkania **Długa 6, 89-650 Czersk**

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki)

Wywiad chorobowy

Lp.		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.	Przebyte choroby, urazy i operacje		NIE	
2.	Korekcja okularowa		NIE	od ilu lat ?
3.	Soczewki kontaktowe		NIE	od ilu lat ?

Badanie przedmiotowe

Lp.		Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
1.	Ostrość wzroku bez korekcji			
2.	Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
3.	Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
4.	Pole widzenia			
5.	Rozpoznawanie barw			
6.	Widzenie obuoczne			
7.	Widzenie zmierzchowe			
8.	Wrażliwość na olśnienie			
9.	Wrażliwość na kontrast			

Rozpoznanie:

Wnioski:

2020-10-21

(data)

(podpis i oznaczenie lekarza uprawnionego lub lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki)⁴⁾

5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU

Imię i nazwisko badanego **Adam Nowak**

Numer PESEL²⁾ **94101578987**

Adres miejsca zamieszkania **Długa 6, 89-650 Czernik**

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii)

Wywiad chorobowy

Lp.	Przebyte choroby lub dolegliwości	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.	Upośledzenie słuchu:		NIE	od ilu lat?
	- ubytek słuchu jednostronny		NIE	
	- ubytek słuchu obu stronny		NIE	
	- posługiwanie się aparatem/implantem słuchowym		NIE	

Badanie akumetryczne słuchu (szeptem)

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

Rozpoznanie:

Wnioski:

2020-10-21

(data)

(podpis i oznaczenie lekarza uprawnionego lub lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii)⁴⁾

6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

Badanie Rozpoznanie Opinia Data Podpis i oznaczenie lekarza ⁴⁾
Badanie Rozpoznanie Opinia Data Podpis i oznaczenie lekarza ⁴⁾
Badanie Rozpoznanie Opinia Data Podpis i oznaczenie lekarza ⁴⁾
Badanie Rozpoznanie Opinia Data Podpis i oznaczenie lekarza ⁴⁾

7. BADANIA POMOCNICZE

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych

.....

.....

.....

ROZPOZNANIE KOŃCOWE:

WNIOSKI:

.....
2020-10-21

(data)

.....
(podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza)⁴⁾

Objaśnienia:

¹⁾ Odpowiednie podkreśli.

²⁾ W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

³⁾ W przypadku prawidłowego wyniku badania postawi znak X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku stwierdzonej patologii - poda szczegółowy jej opis.

⁴⁾ Pieczęć albo imię i nazwisko, numer wpisu do ewidencji uprawnionych lekarzy, numer prawa wykonywania zawodu.