SoftMedica Oprogramowanie Medyczne
Tomasz Kaszubowski
89-650 Czersk ul. Tucholska
NIP: 555-160-32-28 REGON: 220528713

Numer ewidencyjny
1/2020
Data badania
2020-10-22

KARTA BADAŃ DO CELÓW SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNYCH

DANE OSOBY

Imie i nazwisko Nr. ew. PESEL(lub odpowiedni numer wynikający z dokumentu	Imię **Piotr** Nazwisko **Kwiatkowski** PESEL **62111529957** (lub odpowiedni numer wynikający z dokumentu tożsamości)	Data urodzenia **15 listopada 1962** dzień miesiąc rok płeć Mężczyzna
Adres zamieszkania	**89-500 Gostycyn, Słoneczna 2** kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu	

DANE DOTYCZĄCE PODEJMOWANYCH LUB WYKONYWANYCH PRAC

Dane o miejscu pracy/ miejscu odbywania szkolenia*	Nazwa **Firma produkcyjna "Gama"** Adres **Warszawska 47, 80-600 Bielsko Biała** REGON
Stanowisko	Stanowisko **Kucharz**

WYWIAD ZAWODOWY

BADANIA LABORATORYJNE DLA CELÓW EPIDEMIOLOGICZNYCH

Lp.	Nr próbki	Sanepid	Opis

BADANIA POMOCNICZE I KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Data badania lub konsultacji	Rodzaj badania lub konsultacji	Wynik

WYWIAD LEKARSKI

1. Czy badany choruje na przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozstrzenie oskrzeli, przewlekłą chorobę oskrzelowo-płucną, astmę oskrzelową, tbc :	NIE
2. Czy badany choruje na przewlekły alergiczny nieżyt nosa :	NIE
3. Czy badany choruje lub chorował na grzybicę skóry, łuszczycę, zmiany zapalne lub ropne skóry :	NIE
4. Czy badany przebył reakcję uczuleniową na środki spożywcze :	NIE
5. Czy badany przebył zakażenie pałeczkami jelitowymi :	NIE
6. Czy badany jest nosicielem, gronkowca złocistego, pałeczki ropy błękitnej, pałeczek jelitowych :	NIE
7. Inne obecne dolegliwości lub schorzenia (opisać) :	NIE

podpis badanego

BADANIE PRZEDMIOTOWE

1. Skóra :	NORMA	
2. Głowa :	NORMA	
3. Jama ustno-gardłowa :	NORMA	
4. Układ krążenia :	NORMA	
5. Układ oddechowy :	NORMA	
6. Układ pokarmowy :	NORMA	
7. Kończyny górne :	NORMA	
8. Kończyny dolne :	NORMA	

WYNIK BADAŃ DODATKOWYCH I KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH:

UWAGI:

ORZECZENIE

☒ **wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny(a)* do podjęcia i wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby***

☐ ~~**wobec stwierdzonych przeciwwskazań jest niezdolny(a)* do podjęcia i wykonywania prac, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby***~~

~~**a) trwale ***~~

b~~) czasowo na okres~~: * .....

Data następnego badania : 22/10/2023

.....

podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić