

## KARTA BADANIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ LUB POSIADAJĄCEJ WPIS NA LISTĘ KWALIFIKOWANYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY FIZYCZNEJ

( numer kolejny badania ..... )

### I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAMI

Imię i nazwisko	<b>Karol Nowak</b>		dd	-	m-c	-	rok				
Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku - nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)	<b>91102001550</b>	Data badania		1	2	-	0	1	-	1	7
										Płeć M/K	m
Adres zamieszkania	<b>Klonowa, Czersk</b>	kod pocztowy		8	9	-	6	5	0		

### II. OSOBA BADANA PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU:

1. Badania lekarskie osoby ubiegającej się o wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej lub posiadającej taki wpis przeprowadzone na wniosek tej osoby (art. 33 ust. 1)
2. <del>Badania lekarskie osoby ubiegającej się o wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej lub posiadającej taki wpis — przeprowadzone na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę (art. 33a ust. 3)</del>
3. <del>Badania lekarskie osoby wpisanej na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej na wniosek pracodawcy lub właściwego komendanta wojewódzkiego Policji w razie uzasadnionego podejrzenia utraty zdolności fizycznej lub psychicznej do wykonywania zadań (art. 32 pkt 3)</del>
4. <del>Badanie lekarskie osoby ubiegającej się o wpis na listę kwalifikowanych pracowników zabezpieczenia technicznego.</del>
5. <del>Badanie lekarskie osoby posiadającej wpis na listę kwalifikowanych pracowników zabezpieczenia technicznego.</del>
6. <del>Badanie lekarskie osoby wykonującej czynności z zakresu usług detektywistycznych.</del>

### III. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

#### A. Badanie podmiotowe (wywiad lekarski)

Lp.	Zakres wywiadu **)	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to opisać
1.	Dolegliwości zgłaszane spontanicznie		X	
2.	Urazy czaszki		X	
3.	Urazy kończyn górnych, kończyn dolnych, kręgosłupa		X	
4.	Incydenty nagłej utraty świadomości		X	
5.	Zaburzenia dotyczące wzroku (w tym zaburzenia widzenia o zmierzchu)		X	
6.	Zaburzenia dotyczące słuchu		X	
7.	Choroby układu nerwowego (w tym padaczka)		X	
8.	Choroby psychiczne		X	
9.	Choroby układu ruchu		X	
10.	Choroby układu krążenia		X	
11.	Cukrzyca		X	
12.	Choroby układu oddechowego		X	
13.	Choroby układu pokarmowego		X	
14.	Choroby endokrynologiczne		X	
15.	Choroby układu moczowego		X	
16.	Przebyte hospitalizacje (w tym zabiegi operacyjne)		X	
17.	Przyjmowane leki:		X	
	1) obecnie		X	
	2) w ciągu ostatnich pięciu lat		X	
18.	Inne problemy zdrowotne:		X	

Imię i nazwisko osoby badanej: **Karol Nowak**PESEL: **91102001550**

	1) palenie papierosów	<input checked="" type="checkbox"/>	od kiedy pali ? ile sztuk na dobę ?
	2) spożywanie alkoholu (częstość, ilość, rodzaj alkoholu, od jak dawna, czy nadużywa alkoholu)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3) przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych	<input checked="" type="checkbox"/>	
19.	Leczenie w poradni specjalistycznej	<input checked="" type="checkbox"/>	w jakiej ? od kiedy ?
20.	Czy jest rencistą ?	<input checked="" type="checkbox"/>	z jakiego powodu ?

2017-01-12

(data)

(podpis osoby badanej)

**B. Badanie przedmiotowe**

Wzrost: ..... cm cm

Ciężar ciała: ..... kg kg

Lp.	Narząd (układ)	Norma ***)	Opis patologii
1.	Budowa ciała	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	Skóra: blizny, tatuaże	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.	Kształt i reakcje żrenic	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	Asymetria twarzy, zbaczanie języka	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	Tarczyca	<input checked="" type="checkbox"/>	
6.	Układ oddechowy:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1) odgłos opukowy	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2) szmer oddechowy	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3) liczba oddechów 34 / min	<input checked="" type="checkbox"/>	
7.	Układ krążenia:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1) miarowość	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2) tony serca: szmery	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3) tętno na tętnicach obwodowych	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4) tętno 80 / min	<input checked="" type="checkbox"/>	
	5) RR ( w spocz. ) 120/80 mmHg	<input checked="" type="checkbox"/>	
8.	Brzuch:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1) Bolesność; opory patologiczne	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2) przepukliny	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3) wątroba, nerki	<input checked="" type="checkbox"/>	

**C. Badanie układu ruchu**

Lp.	Rodzaj badania	Norma ***)	Opis patologii
1.	Badanie sprawności kończyn górnych:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1) siła mięśniowa	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2) chwytność rąk	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3) ograniczenie ruchomości stawów	<input checked="" type="checkbox"/>	
	a) palców i nadgarstków	<input checked="" type="checkbox"/>	
	b) łokciowych	<input checked="" type="checkbox"/>	
	c) barkowych	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	Badanie sprawności kończyn dolnych:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1) ograniczenie ruchomości stawów:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	a) stopy i skokowego	<input checked="" type="checkbox"/>	
	b) kolanowego	<input checked="" type="checkbox"/>	
	c) biodrowego	<input checked="" type="checkbox"/>	

Imię i nazwisko osoby badanej: **Karol Nowak**PESEL: **91102001550**

3.	Ruchomość kręgosłupa:	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1) odcinka szyjnego	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2) odcinka lędźwiowego	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	Badanie chodu	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	Anomalie wrodzone lub pourazowe	<input checked="" type="checkbox"/>	

**D. Badanie układu nerwowego**

Lp.	Rodzaj badania	Norma ***)	Opis patologii
1.	Ruchomość gałek ocznych	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	Objawy mózdkowe: - koordynacja ruchowa	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.	Niedowład, porażenia kkg	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	Niedowład, porażenia kkd	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	Zaniki mięśniowe	<input checked="" type="checkbox"/>	

**E. Badanie narządu słuchu i równowagi****Wywiad chorobowy**

Lp.	Przebyte choroby **)	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to opisać
1.	Zawroty głowy / zaburzenia równowagi / przebyte zapalenie błędnika / choroba Meniere'a		<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	Przebyte urazy głowy: 1) z utratą przytomności 2) bez utraty przytomności 3) złamania kości czaszki		<input checked="" type="checkbox"/>	
3.	Choroby narządu słuchu: 1) zapalenie uszu 2) przebyte operacje uszu 3) upośledzenie słuchu 4) ubytek słuchu jednostronny 5) ubytek słuchu obustronny 6) posługiwanie się aparatem słuchowym		<input checked="" type="checkbox"/>	jakie ? kiedy ?

**Badanie akumetryczne słuchu**

mowa potoczna**)	UP	UL	szept**)	UP	UL
6 m			6 m		
3 m			3 m		
2 m			2 m		
< 2 m			< 2 m		

**Badanie narządu równowagi**

Oczopląs samoistny: **)	Próby statyczne: **)	prawidłowa	nieprawidłowa
Obecny	Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nieobecny	Romberg "uczulony"	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Próba Flecka	<input checked="" type="checkbox"/>	

**IV. BADANIA POMOCNICZE**

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynnika narażenia
1	Audiometria impedancyjna	12/01/2017	12/01/2017	

**V. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji
1	Badanie konsultacyjne	12/01/2017	12/01/2017	

**VI. ORZECZENIE LEKARSKIE**

Wydano orzeczenie lekarskie o:

- posiadaniu zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika ochrony fizycznej.
- nie posiadaniu zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika ochrony fizycznej.
- posiadaniu zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika zabezpieczenia technicznego.
- nie posiadaniu zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań pracownika zabezpieczenia technicznego.
- posiadaniu zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań w zakresie usług detektywistycznych.
- nie posiadaniu zdolności fizycznej i psychicznej do wykonywania zadań w zakresie usług detektywistycznych.

**Rozpoznanie i wnioski**

--

~~Przesłano~~ / nieprzesłano \*) dodatkowe orzeczenie do Komendy Wojewódzkiej Policji.

	dd		-	m-c		-	rok	
Data wydania orzeczenia lek.	1	2	-	0	1	-	1	7
Data następnego badania lek.	1	2	-	0	1	-	1	9

Marian Wiśniewski  
Lekarz Medycyny Pracy  
Nr. 999893

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

**Objaśnienia:**

- \*) Niepotrzebne skreślić.
- \*\*) Postawić znak "X" w odpowiedniej rubryce.
- \*\*\*) Postawić znak "X" w przypadku prawidłowego wyniku badania.