


Uwaga wypełniamy PISMEM DRUKOWANYM przed wizytą u lekarza

ID 932681607-102; NIP 896-13-10-800
 NZOZ FIRMA LEKARSKA „KAMA”
 lek. med. Marek Szewczyk
 lek. med. Katarzyna Szewczyk
 Poradnia Medycyny Pracy
 55-080 Kąty Wrocławskie ul. 1 Maja 78
 telefon 3167-304 :telefon / fax 3167-202,
 nzozkama@gmail.com, ww.nzozkama.pl

KARTA WYWIADU

UWAGA- Informacje zawarte w wywiadzie jak i uzyskane w czasie badania lekarskiego są objęte TAJEMNICĄ LEKARSKĄ - powyższy formularz po wypełnieniu jest POUFNY

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko					Data urodzenia	[] [] - [] [] - [] [] [] []		
					dzień - miesiąc rok			płeć
Identyfikator (PESEL)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	M / K
Adres zamieszkania	miescowosc		Ulica nr domu/mieszkania		kod pocztowy	[]	[]	[]
Podstawowe	Średnie		zawód wyuczony / wykonywany		Poczta	[] [] [] [] [] [] [] []		
Gimnazjalne	Licencjat				Telefon	[]	[]	[]
Zawodowe	Niepełne wyższe					[]	[]	[]
	Wyższe				e-mail	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
 Wykształcenie. (prawidłowe podkreślić) 								

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy (może być pieczęć pracodawcy)

Nazwa					REGON	[]	[]	[]	[]	[]
Adres					kod pocztowy	[]	--	[]	[]	[]

Stanowisko pracy				
------------------	--	--	--	--

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (jeżeli pamiętamy)				
--	--	--	--	--

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie

Prosimy obowiązkowo wypełnić (nie wypełnienie niżej wymienionych rubryk uniemożliwi wydanie orzeczenia)

Wywiad zawodowy (proszę podać dotychczasowy przebieg pracy zawodowej, a szczególności w narażeniu na czynniki uciążliwe lub szkodliwe) Jeżeli jest podejmowana praca po raz pierwszy to w rubryce zakład pracy należy wpisać tylko –Pierwsza praca

Nazwa i adres pracodawcy/placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy/nauki	Okres zatrudnienia/nauki (w latach i miesiącach)	Czynniki szkodliwe /uciążliwy*	Okres zatrudnienia/nauki w narażeniu



Proszę odwrócić i wypełnić drugą stronę

* Czynniki szkodliwe w procesie pracy to np.:
 - substancje chemiczne o działaniu toksycznym, uczulającym, drażniącym, rakotwórczym, pyły przemysłowe, wibracja, promieniowanie jonizujące, nadfioletowe, podczerwone, pole elektromagnetyczne, hałas, itp.
 Uciążliwe warunki pracy to np.:
 - wymuszona pozycja ciała, znaczny wydatek energetyczny dla mężczyzn powyżej 1500 kcal/8 godz. dla kobiet powyżej 1000 kcal/8 godz. , praca wymaga monotypowych ruchów kończyn, praca na wysokości do 3 m i powyżej 3 m, praca na nocnej zmianie, mikroklimat gorący lub zimny, praca przy obsłudze urządzeń wyposażonych w monitory ekranowe, zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością, oświetlenie niedostateczne lub nadmierne, nadmierny wysiłek głosowy, praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej.

Uwaga wypełniamy PISMEM DRUKOWANYM przed wizytą u lekarza

Prawidłową odpowiedź zaznaczamy X jak na przykładzie

TAK	NIE
	X

Wywiad lekarski		TAK	NIE	
* Skargi badanego (ej) (Czy badany zgłasza jakiegokolwiek dolegliwości zdrowotne w dniu badania?)				
Czy u badanego wystąpiły w ciągu całego życia:	Tak	Nie	Opis - uwagi	
Urazy czaszki (złamania ,pęknięcia , rany , uderzenia, itp.)				
Urazy układu ruchu (złamania, pęknięcia, zwichnięcia, rany, itp.)				
Omdlenia , utrata przytomności, itp.				
Padaczka , objawy drgawkowe, itp.				
Inne choroby układu nerwowego (zapalenie opon mózgowych; niedowłady; migreny; neuropatie; miastenia; porażenia połowicze; inne zaburzenia)				
Choroby psychiczne, czy badany był leczony psychiatrycznie, ukończył szkołę specjalną, itp.				
Cukrzyca , lub nieprawidłowe wartości poziomu cukru we krwi lub moczu ?				
Choroby narządu i wady słuchu/choroby narządu głosu (osłabienie lub głuchota jednego lub obu uszu, zawroty głowy, zapalenie uszu, itp.) (przewlekłe chrypki , bezgłos , itp.)				
Choroby narządu i wady wzroku (czy nosi lub nosił(a) okulary, soczewki kontaktowe-od jakiegoś wieku), czy miał(a) wykonane operacje lub zabiegi na oczach, czy zauważył pogorszenie widzenia , łzawienia oczu , zaburzenia widzenia, itp.				
Choroby układu krwiotwórczego(niedokrwistość-anemia; zaburzenia krzepnięcia; itp.)				
Choroby układu krążenia(. Naciskiennienie tętnicze, choroba niedokrwieniowa serca, zawał, zapalenie serca, wady serca; zaburzenia rytmu; niewydolność serca; zaburzenia gospodarki lipidowej, Miażdżycza; zylaki; hemoroidy i inne)				
Choroby układu oddechowego (astma oskrzelowa, zapalenie płuc lub oskrzeli; rozedma płuc; pylice płuc; sarkoidoza płucna lub inne choroby płuc; choroby przewlekłe nosa ; gardła; krtań-zapalenie zatok, itp.)				
Choroby układu pokarmowego (choroba przełyku; choroba wrzodowa; żołądka, dwunastnicy, choroby jelit, odbytu i odbytnicy, przepukliny, żółtaczki, zapalenia, zwłóknienia i marskości wątroby; kamica pęcherzyka żółciowego, itp.)				
Choroby układu moczowego (zapalenia nerek; niewydolność nerek; kamica nerek i moczowodu; zapalenia pęcherza moczowego, cewki moczowej, itp.)				
Choroby układu ruchu (skrzywienie kręgosłupa; dyskopatia, zapalenie korzonków nerwowych , lumbago, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, choroby mięśni, maziówki i ścięgien, itp.)				
Choroby skóry (łuszczyca ,wypryski , trądzik, itp.)				
Czy u osoby badanej występują znaki szczególne (blizny ,tatuaze, znamiona i inne anomalie w budowie ciała) ?				
Czy badany chorował na choroby zakaźne lub pasożytnicze, (przebywał w szpitalu chorób zakaźnych,) itp.				
uczulenia (na leki, pokarmy, inne substancje, itp. czy miał podejrzane w tym kierunku objawy - swędzące wysypki skórne, kontaktowe –alergiczne zapalenia skóry, napady duszności, alergiczny katar , alergiczne zapalenie spojówek, itp.)				
Wywiad rodzinny(Czy dziadkowie ,rodzice, rodzeństwo lub inni, chorowali (chorują) na lub zmarli we wczesnym wieku: alergie (astma), cukrzyca, choroby psychiczne(alkoholizm, narkomania, samobójstwa i inne), choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, itp.)				
Czy jest zdolny do służby wojskowej(kategoria zdrowia przyznana na Wojskowej komisji lekarskiej) (zdolny =A {dawniejA1, A2,A3, C } ,niezdolny = B, D, E) z jakiego powodu ?				
Inne problemy zdrowotne (Inne schorzenia na które choruje badany nie wymienione wyżej)				
Palenie tytoniu obecnie			Ile sztuk dziennie ?	
Palenie tytoniu w przeszłości(jeżeli palił to ile lat i ile dziennie papierosów)			Ile lat ?	Ile sztuk dziennie ?
Inne używki (zażywanie alkoholu, narkotyków , nadużywanie leków)				

* Subiektywna ocena stanu zdrowia(jak oceniam swój stan zdrowia)	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		B. słabe	
--	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	----------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi
* Czy badana(y) przebył(a) zabieg/i operacyjny/e? (w tym :cesarskie cięcie, laparoskopie itp.) Jakieg? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakieg?			
Czy badana(y) przyjmuje obecnie leki? Jakieg?			

** Dotyczy KOBIEC	Pierwsza miesiączka którym roku życia	Data ostatniej miesiączka	Ilość cięży	Ilość porodów	Ilość poronień	Inne schorzenia ginekologiczne :
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	----------------------------------

* Czy w przebiegu pracy zawodowej:	TAK	NIE	
a) stwierdzono chorobę zawodową?			jaka?
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			kiedy? Z jakiego powodu?
c) badany (a) uległ (a) wypadkowi w pracy?			kiedy? Opis skutków zdrowotnych wypadku
d) przyznano świadczenie rentowe?			kiedy? Z jakiego powodu (choroby zawodowej (Z) wypadku w pracy (W) ogólnego stanu zdrowia (O))
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			kiedy? stopień, przyczyna(symbol niepełnosprawności)

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą. Zostałem poinformowany o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

dnia



Podpis osoby badane.

(podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)