

Karta badania profilaktycznego (proszę wypełnić wszystkie rubryki oraz parafować każdą stronę)

Imię i nazwisko	Pesel	Wykształcenie / zawód	Data wypełnienia
			/ / 202 r

Wzrost (podać) Waga (podać) miejscowość lek. rodzinnego

Domowy pomiar ciśnienia tętniczego - jeśli mierzy (podać średnie) mmHg.

Dotychczasowe zatrudnienie (w aktualnym zakładzie oraz w poprzednich – podać) :

Nazwa zakładu pracy lub szkoły	Stanowisko	Okres (w latach)

Czy w przebiegu pracy zawodowej

	Tak	Nie	Uwagi (jeśli tak, podać dane)
a) stwierdzono chorobę zawodową ?	Tak	Nie	
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy z powodu stanu zdrowia ?	Tak	Nie	
c) badany uległ wypadkowi w pracy ?	Tak	Nie	
d) przyznano świadczenie rentowe ?	Tak	Nie	
e) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?	Tak	Nie	

Subiektywna (własna ocena stanu zdrowia - wyberz	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	słabe
---	--------------	-------	--------------	--------------	-------

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany przebył zabiegi operacyjne ?	Tak	Nie	
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej ?	Tak	Nie	
Czy badany przyjmuje leki ? Jakiej ?	Tak	Nie	

	Tak	Nie	Opis choroby
Skargi badanego	Tak	Nie	
Urazy czaszki	Tak	Nie	
Uraz układu ruchu	Tak	Nie	
Omdlenia, zawroty głowy, zaburzenia równowagi	Tak	Nie	

Padaczka	Tak	Nie	
Inne choroby układu nerwowego (np udar mózgu , migrena, stwardnienie rozsiane)	Tak	Nie	
Choroby psychiczne np. depresje, stany lekowe, schizofrenia	Tak	Nie	
Cukrzyca – leczona insuliną czy tabletkami	Tak	Nie	
Choroby narządu słuchu - uszu / głosu – gardła krtani	Tak	Nie	
Choroby narządu wzroku np wady wzroku, korekcje okularowe, zaćma, jaskra	Tak	Nie	
Choroby układu krwiotwórczego np anemia, białaczki itp.	Tak	Nie	
Choroby układu krążenia np. nadciśnienie tętnicze, Choroba wieńcowa, zawał serca, migotanie przedsionków,	Tak	Nie	
Choroby układu oddechowego np POCHP, astma oskrzelowa, bezdech senny	Tak	Nie	
Choroby układu pokarmowego np. wrzody, zapalenia żołądka, dwunastnicy , ch. refluksowa, choroby jelit	Tak	Nie	
Choroby układu moczowo-płciowego (nefrologiczne, urologiczne)	Tak	Nie	
Choroby układu ruchu np. zapalenie stawów reumatoidalne, choroba zwyrodnieniowa stawów, kręgosłupa, dna moczanowa, dyskopatia	Tak	Nie	
Choroby skóry np. łuszczyca , alergiczne / uczulenie	Tak	Nie	
Choroby zakaźne / pasożytnicze	Tak	Nie	
Wywiad ginekologiczny – położniczy- porody, ostatnia miesiączka, menopauza	Tak	Nie	
Inne problemy ze zdrowiem np. nowotwory, choroby tarczycy, hipercholesterolemia, bezdech senny	Tak	Nie	
Wywiad rodzinny – poważne choroby u rodziców , rodzeństwa	Tak	Nie	
Palenie tytoniu (aktualnie i w przeszłości)	Tak	Nie	Jeśli tak to ile sztuk i ile lat ?
Inne używki (alkohol, narkotyki)	Tak	Nie	

Badany oświadcza, że zrozumiał treść zadawanych pytań i odpowiadał na nie zgodnie z prawdą.

Ręczny i czytelny podpis badanego

.....