

Medycyna Pracy

Ankieta medyczna:

Wszystkie informacje podlegają tajemnicy lekarskiej, także w stosunku do pracodawcy.

Imię/nazwisko

Data urodzenia

Zawód wyuczony

Zawód wykonywany

Data rozpoczęcia pracy na obecnym stanowisku

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	TAK	NIE	Uwagi
stwierdzono chorobę zawodową?			
lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			
badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?			
orzeczono stopień niepełnosprawności?			
przyznano świadczenie rentowe?			

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej słabe		Słabe	
--	--------------	--	-------	--	--------------	--	-------	--

	TAK	NIE	Opis- uwagi
Czy przebył Pan/Pani zabiegi operacyjne? Jakie/ Kiedy?			
Czy jest Pan/Pani pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/Pani leki? Jakie?			

	TAK	NIE	Opis-uwagi
Omdlenia (częste w ostatnich 6 miesiącach)			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego np. stan po udarze mózgu			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu/głosu			
Choroby błędnika/częste zawroty głowy			
Choroby układu krwiotwórczego np. anemia			
Choroby układu krążenia np. nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, stan po zawale			
Choroby układu oddechowego np. astma, COPD, obturacyjny bezdech senny			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowego			
Choroby układu ruchu/przebyte urazy czaszki/kręgosłupa			
Choroby skóry/uczulenia/alergia			
Choroby zakaźne (obecnie) np. gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby typ A, B, C, HIV, półpasiec			
Choroby pasożytnicze (obecnie) np. toksoplazmoza, świerzb			
Ciąża			
Palenie tytoniu			ile sztuk dziennie? od ilu lat?
Czy pije Pan /Pani regularnie (tj. codziennie) lub często w tygodniu alkohol?			
Czy nosi Pan/Pani okulary/soczewki korekcyjne?			

Oświadczam, że zrozumiałem/zrozumiałam treść zadawanych pytań

i odpowiedziałem/odpowiedziałam na nie zgodnie z prawdą.

.....

(data i podpis badanego)