

BADANIE PODMIOTOWE (O B O W I ą Z K O W A A N K I E T A D L A P A C J E N T A)

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony / zawód wykonywany
	Pesel			

Numer telefonu domowego / komórkowego	Numer telefonu do pracy
---------------------------------------	-------------------------

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK		Wzrost	
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/	Waga
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy?	Z jakiego powodu?	
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy?	Skutki wypadku	Adres lekarza rodzinnego
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy?	Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)	
Orzeciono stopień niepełnosprawności?			Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)	

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
--	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu / głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo-płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)				Jakie?
Inne problemy zdrowotne?				Jakie?
Palenie tytoniu			Obecnie: ile sztuk dziennie? W przeszłości: ile lat?	
Inne używki				

Osobista ocena stanu zdrowia - zaznacz	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe
--	--------------	-------	--------------	--------------	-------

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przeżył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?			

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczęćka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe