...............................................................

(oznaczenie jednostki przeprowadzającej badanie)

**KARTA BADANIA LEKARSKIEGO**

|  |
| --- |
| Data badania |
| dzień | miesiąc | rok |
|  |  |  |

**1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Data urodzenia | Dzień | Miesiąc | Rok |
|  |  |  |
| Płeć1) | M/K |
| Numer PESEL2) | Rok uzyskania uprawnienia do kierowania pojazdami |  |
| Adres miejsca zamieszkania | kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |
| Organ właściwy do wydania dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdami (nazwa i adres) | kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU**1) | **kategoria prawa jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem** |
| ubiegania się o uzyskanie uprawnień do kierowania motorowerem, pojazdami silnikowymi lub uprawnienia do kierowania tramwajem |  |
| przedłużenia ważności prawa jazdy określonej kategorii lub pozwolenia na kierowanie tramwajem |  |
| ubiegania się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem cofniętego ze względu na stan zdrowia |  |
| kierowania motorowerem, pojazdem silnikowym lub tramwajem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu |  |
| uzasadnionych i poważnych zastrzeżeń co do stanu zdrowia osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem  |  |
| występowania o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne albo o przedłużenie ważności tego dokumentu |  |
| kandydata do szkoły ponadpodstawowej lub ucznia szkoły ponadpodstawowej, prowadzącej kształcenie w zawodzie, dla którego podstawa programowa kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910, z późn. zm.), przewiduje przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym lub do uzyskania kwalifikacji do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy i umiejętności kierowania pojazdem silnikowym |  |
| kandydata na kwalifikacyjny kurs zawodowy lub słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego, w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie, dla której podstawa programowa kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe, przewiduje przygotowanie do uzyskania umiejętności kierowania pojazdem silnikowym lub do uzyskania kwalifikacji do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy i umiejętności kierowania pojazdem silnikowym. |  |

**3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA**

**Badanie podmiotowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Podstawowe problemy zdrowotne** | **TAK** | **NIE** | **Uwagi lekarza** |
| 1. | Dolegliwości zgłaszane przez osobę badaną |  |  |  |
| 2. | Urazy czaszki |  |  |  |
| 3. | Urazy kończyn górnych (kkg), kończyn dolnych (kkd), kręgosłupa |  |  |  |
| 4. | Incydenty nagłej utraty świadomości |  |  |  |
| 5. | Choroby układu nerwowego, w tym padaczka |  |  |  |
| 6. | Choroby psychiczne |  |  |  |
| 7. |  Choroby układu ruchu |  |  |  |
| 8. |  Choroby układu krążenia |  |  |  |
| 9. |  Cukrzyca |  |  |  |
| 10. | Choroby układu oddechowego, w tym zaburzenia oddychania podczas snu |  |  |  |
| 11. |  Choroby układu pokarmowego |  |  |  |
| 12. |  Choroby endokrynologiczne |  |  |  |
| 13. |  Choroby układu moczowego |  |  |  |
| 14. | Zawroty głowy, zaburzenia równowagi |  |  |  |
| 15. |  Przebyte hospitalizacje, w tym zabiegi  operacyjne |  |  |  |
| 16. |  Leczenie w poradni specjalistycznej(jeżeli tak, to w jakiej? od kiedy?) |  |  |  |
| 17. | Inne dane z wywiadu |  |  |  |

**B. Badanie przedmiotowe**3)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Narząd (układ)** | **Brak zmian patologicznych** | **Opis stwierdzonej patologii** |
| **1.** | **Budowa ciała** |  |  |
| 1.1. | Głowa |  |  |
| 1.2. | Blizny skórne i ubytki kostne czaszki |  |  |
| 1.3. | Ruchomość gałek ocznych, kształt i reakcje źrenic |  |  |
| 1.4. | Asymetria twarzy, zbaczanie języka |  |  |
| 2. | **Tarczyca** |  |  |
| 3. | **Układ oddechowy:** |  |  |
|  | - szmer oddechowy ………………………………………… |  |  |
| 4. | **Układ krążenia** |  |  |
| 4.1. | Miarowość |  |  |
| 4.2. | Tony serca: szmery |  |  |
| 4.3. | Tętno ......................./min. |  |  |
| 4.4. | RR (w spoczynku) .................. mmHg |  |  |
| 5. | **Brzuch** |  |  |
| 5.1. | Bolesność; opory patologiczne |  |  |
| 5.2. | Przepukliny |  |  |
| 5.3. | Wątroba |  |  |
| 6. | **Układ ruchu** |  |  |
| 6.1. | **Badanie sprawności kończyn górnych:** |  |  |
| 6.1.1 | siła mięśniowa |  |  |
| 6.1.2 | chwytność rąk |  |  |
| 6.1.3 | ograniczenie ruchomości stawów: |  |  |
|  | 1. palców i nadgarstków …………...
 |  |  |
| 1. łokciowych ………………………
 |  |  |
| 1. barkowych ………………………
 |  |  |
| 6.2. | **Badanie sprawności kończyn dolnych:** |  |  |
| 6.2.1 | ograniczenie ruchomości stawów: |  |  |
|  | 1. stopy i skokowego ………………
 |  |  |
| 1. kolanowego i biodrowego ………
 |  |  |
| 6.3. | **Ruchomość kręgosłupa:** |  |  |
|  | 1. odcinka szyjnego
 |  |  |
| 1. odcinka lędźwiowego
 |  |  |
| 6.4. | **Badanie chodu** |  |  |
| 6.5. | **Anomalie wrodzone lub pourazowe** |  |  |
| 7. | **Układ nerwowy** |  |  |
| 7.1. | Niedowłady, porażenia kończyn górnych |  |  |
| 7.2. | Niedowłady, porażenia kończyn dolnych |  |  |
| 7.3. | Zaniki mięśniowe |  |  |
| 7.4. | Zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej |  |  |
| 8. | **Stan psychiczny** |  |  |

**C. Skierowania na badania pomocnicze albo konsultacje specjalistyczne:**

.............................................................................................................................................................................

…………………. ……………………………………..

 (data) (podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza) 4)

**4. BADANIE NARZĄDU WZROKU**

Imię i nazwisko badanego ………………………………………………………………………………………

numer PESEL2) ………………………………………………………….………………………………………

Adres miejsca zamieszkania ……………………………………………………………………………………

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki)

...............................................................................................................................................................................

**Wywiad chorobowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | TAK | NIE | Jeżeli TAK, to podać dane |
| 1. | Przebyte choroby, urazy i operacje |  |  |  |
| 2. | Korekcja okularowa |  |  | od ilu lat? |
| 3. | Soczewki kontaktowe |  |  | od ilu lat? |

**Badanie przedmiotowe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  |  Oko prawe |  Oko lewe |  Opis patologii |
| 1. | Ostrość wzroku bez korekcji |  |  |  |
| 2. | Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość) |  |  |  |
| 3. | Obuoczna ostrość wzroku po korekcji |  |  |
| 4. | Pole widzenia |  |  |
| 5. | Rozpoznawanie barw |  |  |
| 6. | Widzenie obuoczne |  |  |
| 7. | Widzenie zmierzchowe |  |  |
| 8. | Wrażliwość na olśnienie |  |  |
| 9. | Wrażliwość na kontrast |  |  |

**Rozpoznanie:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Wnioski:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………. ……………………………………………..

 (data) (podpis i oznaczenie lekarza uprawnionego lekarza lub

lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki) 4)

**5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU**

Imię i nazwisko badanego ………………………….…………………. Numer PESEL2) ……………………………….

Adres miejsca zamieszkania ………………...……………………………………………………………………………

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii) …………………………………………...

**Wywiad chorobowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przebyte choroby lub dolegliwości | TAK | NIE |  Jeżeli TAK, to podać dane |
| 1. | Upośledzenie słuchu: |  |  | od ilu lat? |
|  | - ubytek słuchu jednostronny |  |  |  |
| - ubytek słuchu obustronny |  |  |  |
| - posługiwanie się aparatem/implantem słuchowym |  |  |  |

**Badanie akumetryczne słuchu (szeptem)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ucho prawe | Ucho lewe |
| Odległość |  |  |
| Z zastosowaniem aparatu słuchowego lub implantu słuchowego  |
| Odległość |  |  |

**Rozpoznanie:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Wnioski:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………. ……………………………………………..

 (data) (podpis i oznaczenie lekarza uprawnionego lekarza lub

lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii) 4)

**6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

|  |  |
| --- | --- |
| Badanie ....................................................................................Rozpoznanie ....................................................................................Opinia ....................................................................................Data .........................Podpis i oznaczenie lekarza4) | Badanie ....................................................................................Rozpoznanie ....................................................................................Opinia ....................................................................................Data ....................Podpis i oznaczenie lekarza4) |
| Badanie ....................................................................................Rozpoznanie ....................................................................................Opinia ....................................................................................Data ......................Podpis i oznaczenie lekarza4) | Badanie ....................................................................................Rozpoznanie ....................................................................................Opinia ....................................................................................Data ...................Podpis i oznaczenie lekarza4) |

**7. BADANIA POMOCNICZE**

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ROZPOZNANIE KOŃCOWE:**

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**WNIOSKI:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................

…………………. ……………………………………..

 (data) (podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza) 4)

Objaśnienia:

1) Odpowiednie podkreślić.

2) W przypadku osoby, której nie nadano numer PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

3) W przypadku prawidłowego wyniku badania postawić znak X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku stwierdzonej patologii – podać szczegółowy jej opis.

**4)** Pieczątka albo imię i nazwisko, numer wpisu do ewidencji uprawnionych lekarzy, numer prawa wykonywania zawodu.