

Oznaczenie placówki dydaktycznej  
(pieczęć, nadruk lub naklejka,  
zawierająca nazwę, adres,  
NIP, Regon)

**SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE  
do WOMP CP – L w Lublinie  
Filia Nr 1, ul. Nałęczowska 27, 20-701 Lublin**

Stosownie do przepisów:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1175, z późn. zm.)
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

**I. Kieruję na badania lekarskie:**

.....  
(imię/imiona i nazwisko) ..... (data urodzenia)

PESEL             .....

(w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

- kandydata\*/ ucznia\* szkoły ponadpodstawowej
- kandydata\*/słuchacza\* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne do 18 r.ż.)
- kandydata do szkoły wyższej\*, studenta\*
- doktoranta

.....  
(zakres kształcenia)

**II. W trakcie:**

- praktycznej nauki zawodu \*
- studiów \*
- kwalifikacyjnych kursów zawodowych \*
- kształcenia doktorantów \*

wyżej wymieniony/a będzie\* jest\* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

.....  
\* właściwe podkreślić

.....  
pieczęć (nadruk lub naklejka)  
imię, nazwisko i własnoręczny podpis  
kierującego na badania lekarskie

Lublin, dnia.....

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

### BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): .....

|  | 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<br>(miesiączka, ciąża, leki hormonalne) |     |     |                |          |
| Wywiad rodzinny*   |     |     |                |          |
| Inne problemy zdrowotne  |     |     |                |          |
| Palenie tytoniu  |     |     | W przeszłości: | Obecnie: |
| Inne używki  |     |     |                |          |

|  |              |  |       |  |              |  |              |  |       |  |
|--|--------------|--|-------|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|
| <b>Subiektywna ocena stanu zdrowia</b> | Bardzo dobre |  | Dobre |  | Raczej dobre |  | Raczej słabe |  | Słabe |  |
|--|--------------|--|-------|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|

|   | Tak | Nie | Opis - uwagi |  |
|---|-----|-----|--------------|--|
| Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ?<br>Jakie ? Kiedy ? |     |     |              |  |
| Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ?<br>Jakiej ?            |     |     |              |  |
| Czy badany(a) przyjmuje leki ?<br>Jakie ?                             |     |     |              |  |

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

.....  
(podpis badanego)

.....  
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

\* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM  
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy pacjenta .....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)

NIE

TAK

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

(zaznacz właściwe)

NIE

TAK

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

|   | NIE | TAK | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
|---|-----|-----|--------------------------------------|
| Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle) |     |     |                                      |
| Temperatura powyżej 37, 5 st. C                   |     |     |                                      |
| Kaszel  |     |     |                                      |
| Duszność  |     |     |                                      |
| inne  |     |     |                                      |

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy

Pomiar temperatury wykonany w WOMP CP-L w Lublinie ..... st. C

Podpis pielęgniarki wykonującej pomiar temperatury .....