.....
(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	
		Płeć[1]	M / K					
Numer PESEL[2]		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 2019 r. poz. 1148, 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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1148, 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	

3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

A. 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:**		
	- odgłos opukowy		
	- 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:		
	a) palców i nadgarstków		
	b) łokciowych		
	c) barkowych		
6.2.	**Badanie sprawności kończyn dolnych:**		
6.2.1	ograniczenie ruchomości stawów:		
	a) stopy i skokowego		
	b) kolanowego i biodrowego		
6.3.	**Ruchomość kręgosłupa:**		
	a) odcinka szyjnego		
	b) 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)]

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:		
	a) palców i nadgarstków		
	b) łokciowych		
	c) barkowych		
6.2.	**Badanie sprawności kończyn dolnych:**		
6.2.1	ograniczenie ruchomości stawów:		
	a) stopy i skokowego		
	b) kolanowego i biodrowego		
6.3.	**Ruchomość kręgosłupa:**		
	a) odcinka szyjnego		
	b) 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 PESEL[2] .....

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 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 lub lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki)[4]

5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU

Imię i nazwisko badanego .....

Numer PESEL[2] .....

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 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 lekarza[4]	Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data ..... Podpis i oznaczenie lekarza[4]
Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data ..... Podpis i oznaczenie lekarza[4]	Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data ..... Podpis i oznaczenie lekarza[4]

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 numeru 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.