



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a

Sekretariat fax 32 290 44 65
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66
rejestracja@womp.info
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649

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 - pęciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

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

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebywał(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakiej ? Kiedy ?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakiej ?			

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

.....
(podpis badanego/ rodzica lub opiekuna prawnego)

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

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



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY
41-200 Sosnowiec, ul. Szażycia 44a

Sekretariat fax 32 290 44 65
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66
rejestracja@womp.info
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

1. Imię i nazwisko.....
2. Stopień pokrewieństwa do małoletniego.....

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego
(rodzica/opiekuna prawnego)**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 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 oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

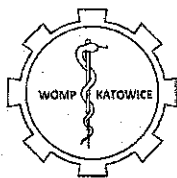
.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel)

W dniu (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego
(rodzica/opiekuna prawnego) ww. pacjenta małoletniego.

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis pacjenta)



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a

Sekretariat fax 32 290 44 65
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66
rejestracja@womp.info
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649

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

Dane osobowe osoby badanej:

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Adres zamieszkania / pobytu.....

Telefon kontaktowy opiekuna prawnego

Czy osoba badana miała kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (zaznacz właściwe)

NIE

TAK

Czy obecnie osoba badana jest objęta nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną lub izolacją?

NIE

TAK

Czy osoba badana miała kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

NIE

TAK

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK- od kiedy początek (data)
Objawy przeziębienia (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37,5 st. C			
Kaszel			
Trudność w nabieraniu powietrza			
inne			

Data i podpis osoba badanej i opiekuna prawnego

.....