

.....  
(oznaczenie jednostki przeprowadzającej badanie)

## KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Data badania		
dzień	Miesiąc	rok

### 1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imiona i nazwisko		Data urodzenia		dzień	miesiąc	rok						
		Płeć <sup>1)</sup>		Rok uzyskania prawa jazdy								
Nr PESEL <sup>2)</sup>										K	M	
Adres zameldowania	Kod pocztowy	Miasto	Ulica				numer					
Organ właściwy do wydawania dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdami	Kod pocztowy	Miasto	Ulica				numer					

2 PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU <sup>1)</sup>	Kategoria prawa jazdy lub pozwolenie na kierowania tramwajami
Ubiegania się o uzyskanie uprawnień do kierowania motorowerem, pojazdami silnikowymi lub uprawnienia do kierowania tramwajem	
Przedłużenia ważności prawa jazdy określonej kategorii lub pozwolenia na kierowania tramwajem	
Ubiega się o przywrócenie uprawnień 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 od stanu zdrowia osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem	
Występowanie o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub wożącym wartości pieniężne albo o przedłużenie ważności tego dokumentu	

### 3. BADANIE OGÓLE STANU ZDROWIA

#### A. Badanie podmiotowe

L.p.	Podstawowe problemy zdrowotne	TAK	NIE	Uwagi lekarza
1.	Dolegliwości zgłaszane przez badaną osobę			
2.	Urazy czaszki			
3.	Urazy kończyn górnych (kkg), dolnych (kkd), kręgosłupa			
4.	Incydenty nagłej utraty świadomości			
5.	Choroby układu nerwowego, w tym padaczka			
6.	Choroby psychiczne			
7.	Choroby narządu 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.	Przebyte hospitalizacje, w tym zabiegi operacyjne			
15.	Leczenie w poradni specjalistycznej (jeżeli tak, to w jakiej? Od kiedy?)			

#### B. Badanie przedmiotowe <sup>3)</sup>

L.p.	Narząd (układ)	Brak zmian patologicznych	Opis stwierdzonej patologii
1.	<b>Budowa ciała</b>		
1.1.	Głowa		
1.2.	Bliny skórne i ubytki kostne czaszki		
1.3.	ruchomość gałek ocznych Kształt i reakcja źrenic		
1.4.	Asymetria twarzy, zboczenie języka		
2.	<b>Tarczyca</b>		
3.	<b>Układ oddechowy:</b>		
3.1.	- odgłos opukowy ..... .....		
3.2.	- szmer oddechowy ..... .....		
4.	<b>Układ krążenia</b>		
4.1.	miarowość		
4.2.	tony serca, szmery		
4.3.	tętno na tętnicach obwodowych		
4.4.	Tętno...../min.		
4.5.	RR (w spoczynku).....mmHg		

5.	<b>Brzuch</b>		
5.1.	Bolesność; opory patologiczne		
5.2.	Przepukliny		
5.3.	Wątroba		
5.4.	Nerki		
6.	<b>Układ ruchu</b>		
6.1	<b>Badanie sprawności kończyn górnych:</b>		
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	<b>Badanie sprawności kończyn dolnych:</b>		
6.2.1.	ograniczenie ruchomości stawów:		
	a) stopy i skokowego		
	.....		
	b) kolanowego i biodrowego		
	.....		
6.3.	<b>Ruchomość kręgosłupa:</b>		
	a) odcinka szyjnego		
	b) odcinka lędźwiowego		
6.4.	<b>Badanie chodu</b>		
6.5.	<b>Anomalie wrodzone lub pourazowe</b>		
7.	<b>Układ nerwowy:</b>		
7.1	Objawy mózdkowe: - koordynacja ruchowa		
7.2.	Niedowłady, porażenia kończyn górnych		
7.3.	Niedowłady, porażenia kończyn dolnych		
7.4.	Zaniki mięśniowe		
7.5.	Objaw Babińskiego		
8.	<b>Stan psychiczny</b>		

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

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

.....  
( data )

.....  
(podpis i pieczęćka uprawnionego lekarza)

#### 4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego.....

Nr PESEL <sup>2)</sup> .....

Adres miejsca zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza okulistę)

.....

.....

#### wywiad chorobowy

L.p.		TAK	NIE	Jeśli TAK, to podać dane
1.	Przebyte choroby, urazy i operacje			
2.	Korekcje okularowe			Od ilu lat?
3.	Soczewki kontaktowe			Od ilu lat?

#### Badanie przedmiotowe

L.p.		Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
1.	Ostrość wzroku bez korekcji			
2.	Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskana 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 pieczęć lekarza uprawnionego lub lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki )

## 5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU I RÓWNOWAGI

Imię i nazwisko badanego.....

Nr PESEL <sup>2)</sup> .....

Adres miejsca zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza laryngologa)

.....

### Wywiad chorobowy

L.p.	Przebyte choroby lub dolegliwości	TAK	NIE	Jeśli TAK, to podać dane
1.	Zawroty głowy			
2.	Zaburzenia równowagi			
3.	Zapalenie błędnika			
4.	choroba Meniere'a			
5.	Urazy głowy:			
	- z utratą przytomności .....			
	- bez utraty przytomności .....			
	- złamania kości czaszki .....			
6.	Choroby narządu słuchu			Jakie? Kiedy?
	- zapalenia uszu .....			
	- operacje uszu .....			
7.	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		

**Badanie narządu równowagi<sup>1)</sup>**

Oczopląs samoistny:		obecny	nieobecny
Próby statyczno-dynamiczne:	Próba Romberga	prawidłowy	nieprawidłowy
	Próba Unterbergera/ Próba Fukudy	prawidłowy	nieprawidłowy
Test dynamiczny ostrości wzroku		prawidłowy	nieprawidłowy

Badania dodatkowe	Wyniki badania

**Rozpoznanie** .....

.....

**Wnioski** .....

.....

.....  
( data )

.....  
podpis i pieczętka lekarza uprawnionego lub lekarza laryngologa)

**6. Konsultacje specjalistyczne**

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

Badanie.....	Badanie.....
Rozpoznanie.....	Rozpoznanie.....
Opinia.....	Opinia.....
Data.....	Data.....
Podpis pieczętka lekarza	Podpis pieczętka lekarza
Badanie.....	Badanie.....
Rozpoznanie.....	Rozpoznanie.....
Opinia.....	Opinia.....
Data.....	Data.....
Podpis pieczętka lekarza	Podpis pieczętka lekarza

**7. Badania pomocnicze**

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych

-----

**Rozpoznanie końcowe:**

.....

.....

**Wnioski:** .....

.....

.....  
( data )

.....  
(podpis i pieczętka lekarza uprawnionego )

1) Odpowiednie podkreślić

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

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