



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

SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE
do NZOZ MEDIVITA SP. Z O.O.
ul. Warszawska 100, 08-500 Ryki

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, dnia.....



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 miała Pani/Pan 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 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 NZOZ MEDIVITA S.C. w Rykach st. C

Podpis pielęgniarki wykonującej pomiar temperatury