



**Marine Medical Service** Plac Rodła 8, 70-419 Szczecin, III piętro biurowca Pazim  
tel. 91 359 42 00 / e-mail: info@mms.szczecin.pl / www.marinemedical.pl

## KARTA BADAŃ

### BADANIE WSTĘPNE – OKRESOWE – KONTROLNE

Pan(i): ..... Imię ojca: .....  
Data i miejsce urodzenia: .....nr ks. żeg. ....  
Adres: .....  
(kod pocztowy)  
Tel. kontaktowy: ..... PESEL: .....  
Stanowisko: ..... pływa od roku: .....  
Oświadczam, że na padaczkę nie choruję .....  
(podpis)

### BADANIA INTERNISTYCZNE

Skargi .....  
Przebyte choroby: .....  
Pobyty w szpitalu: .....  
Nałogi: .....  
Waga: ..... Wzrost: ..... VDRL: ..... OB: .....  
Mocz: białko ..... cukier ..... inne składniki .....  
Morf. krwi: Hb ..... krw. cz. .... krw. b. .... MCHC .....  
Inne badania dodatkowe: .....  
.....  
wygląd ogólny i budowa ciała: .....  
Skóra, blizny (tataże): .....  
Układ krążenia i oddechowy: RR ..... / ..... Tętno ..... / min .....  
Narządy jamy brzusznej: .....  
Zniekształcenia: .....  
Układ ruchu: .....  
Odruchy, równowaga: .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

### BADANIA NEUROLOGICZNE .....

.....  
.....  
data .....  
(podpis i pieczęć lekarza)

### BADANIA RADIOLOGICZNE SKOPIA – ZDJĘCIE .....

.....  
.....  
data .....  
(podpis i pieczęć lekarza)

## BADANIA OKULISTYCZNE

Ostrość wzroku: oko prawe ..... oko prawe .....  
bez korekcji z korekcją  
oko lewe ..... oko lewe .....

Rozpoznawanie barw: .....

Odchylenia patologiczne (dno oka) .....

.....  
data (podpis i pieczęć lekarza)

## BADANIA LARYNGOLOGICZNE

Słuch: ucho lewe ..... ucho prawe .....

Nos ..... jama nosa .....

.....  
data (podpis i pieczęć lekarza)

## BADANIA STOMATOLOGICZNE

8 7 6 5 4 3 2 1      1 2 3 4 5 6 7 8  
8 7 6 5 4 3 2 1      1 2 3 4 5 6 7 8

utrata zdolności żucia ..... zębów do leczenia .....

do usunięcia ..... wyleczone .....

.....  
data (podpis i pieczęć lekarza)

## INNE BADANIA SPECJALISTYCZNE (wg potrzeb - kardiolog, psycholog, psychiatra, itd.)

.....

.....

.....  
data (podpis i pieczęć lekarza)

**DECYZJA:** ZDOLNY do pracy na morzu jako.....  
NIEZDOLNY

Ograniczenia: .....

Świadectwo nr ..... wydano dnia ..... z ważnością do dnia .....

Odebrałem (am) .....  
Lekarz - Orzecznik  
(podpis i pieczęć lekarza)

**Aneks D** Minimalne wymagania dotyczące badań lekarskich marynarzy .....

Nazwisko i imiona .....

Data urodzenia (dzień, m-c, rok) ..... / ..... / ..... Płeć  męska  żeńska .....

Stanowisko / zawód ..... Narodowość .....

Adres zamieszkania .....

Nr paszportu / nr książeczki żeglarskiej .....

Rodzaj statku: (kontenerowiec, tankowiec, pasażerski, rybacki) .....

Obszar żeglugi: (np. przybrzeżny, tropikalny, o światowym zasięgu) .....

Osobista deklaracja badanego (personel medyczny powinien zaoferować pomoc)

Czy kiedykolwiek doświadczył(a) Pan / Pani następujących problemów ?

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1. Problemy ze wzrokiem / oczami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Nadużywanie / uzależnienie od leków / alkoholu / narkotyków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chirurgia ucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Czy Pan / Pani pali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemy ze słuchem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Operacje / chirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wysokie ciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Padaczka / napady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Choroby serca / naczyń	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Zawroty głowy / omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Operacje serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Utraty przytomności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Żylaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Astma / zapalenie oskrzeli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Depresja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zaburzenia w zakresie krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Próba samobójcza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Utrata pamięci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zaburzenia trawienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Zaburzenia równowagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemy z nerkami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Ciężkie bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Problemy ze skórą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Problemy z uchem / nosem / gardłem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Uczulenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Ograniczenia ruchów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Choroby zakaźne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Problemy z krzyżem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Przepuklina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Amputacje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zaburzenia układu płciowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Złamanie / zwicnięcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cięża	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Problemy ze snem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Jeżeli na któreś z powyższych pytań udzielono odpowiedzi twierdzącej proszę podać szczegóły.**

**Dodatkowe pytania**

**TAK NIE**

37. Czy kiedykolwiek był Pan (i) wycofany z powodu choroby, lub usunięty ze statku?
38. Czy kiedykolwiek był Pan (i) w szpitalu?
39. Czy kiedykolwiek został Pan (i) uznany za niezdolnego do pracy na morzu?
40. Czy Pana (i) Świadectwo zdrowia zawierało kiedykolwiek ograniczenia / zostało unieważnione?
41. Czy jest Pan (i) świadom posiadania jakichkolwiek chorób / problemów natury medycznej?
42. Czy czuje się Pan (i) zdrowy i sprawny na tyle by wypełniać obowiązki związane z wyznaczonym Panu (i) stanowiskiem / zawodem?
43. Czy jest Pan (i) uczulony na jakies leki?

**Jeśli na dodatkowe pytania 37-43 udzielono odpowiedzi twierdzącej proszę podać szczegóły**

44. Czy przyjmuje Pan (i) jakiegokolwiek leki (sprzedawane na lub bez recepty)

**Jeżeli tak proszę podać listę przyjmowanych leków wraz z dawkami:**

Niniejszym potwierdzam, że powyższa deklaracja jest prawdziwa i zgodna z moją najlepszą wiedzą.

Podpis badanego: ..... Data (dzień / m-c / rok): ..... / ..... / .....

Poświadczone przez: ..... Nazwisko: .....  
(podpis) (drukowanymi)

Wyrażam zgodę na przekazanie mojej całej wcześniejszej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu lekarzy, zakładów

opieki zdrowotnej i instytucji publicznych lekarzowi: ..... (wskazany lekarz)

Poświadczone przez: ..... Nazwisko: .....  
(podpis) (drukowanymi)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PAZIM Sp. z o.o., pl. Rodła 8, 70-419 Szczecin,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pazim.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (NFZ) oraz Ubezpieczyciele, laboratoria analityczne
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa