



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

ЛИСТОК ОГЛЯДУ ОБСТЕЖЕННЯ ПОПЕРЕДНЄ – ПЕРІОДИЧНЕ – КОНТРОЛЬНЕ

Пан(и):..... Ім'я батька:

Дата і місце народження:..... Номер посвідчення особи

Адреса:

Тел. контактний:..... PESEL:

Посада:..... плаває від часу:.....

Я заявляю, що не хворю на епілепсію

(Підпис)

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 (tatuáže):

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 bez korekcji oko prawe
oko lewe z korekcją 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

.....
Lekarz - Orzecznik

Odebrałem (am)
.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Додаток D Мінімальні вимоги до медичного огляду моряків

Прізвище та імена

Дата народження (день, місяць, рік) /..... /..... стать чоловіча жіноча

Посада / професія Національність

Адреса проживання

Номер паспорта / номер посвідчення особи моряка

Тип судна: (контейнеровіз, танкер, пасажирський, рибальський)

Простір судноплавства: (напр. прибережний, тропічний, світового рівня)

Особиста декларація обстежуваного (медичний персонал повинен запропонувати допомогу)

Чи ви коли-небудь стикалися з наступними проблемами?

	ТАК	НІ		ТАК	НІ
1. Проблеми з зором / очима	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ловживання / залежність від ліків / алкоголю / наркотиків?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Хірургія вуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Чи Пан/Чи ви палите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Проблеми зі слухом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Операції / Хірургія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Гіпертонія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Епілепсія / судоми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Захворювання серця / судин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Запаморочення / непритомність	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Операції на серці	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Втрати свідомості	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Варикоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Психічні розлади	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Астма/бронхіт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Депресія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Розлади кровотворення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Спроби самогубства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Цукровий діабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Втрати пам'яті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Розлади травлення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Розлади рівноваги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Проблеми з нирками	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Сильні головні болі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Проблеми зі шкірою	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Проблеми з вухами/носом/горлом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Алергія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Обмеження рухів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Інфекційні хвороби	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Проблеми з хребтом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Грижа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Ампутації	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Розлади статевої системи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Переломи / Вивихи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Вагітність	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Безсоння	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Якщо на будь-яке з наведених вище запитань було надано ствердну відповідь, будь ласка, надайте деталі.

Додаткові запитання

- | | ТАК | НІ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 37. Чи ви коли-небудь були вилучені з приводу хвороби, або усунені з судна? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Ви коли-небудь перебували в лікарні? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Чи визнавали вас коли-небудь непридатним для роботи на морі? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Чи ваша довідка про стан здоров'я коли-небудь містила якісь обмеження / чи визнавалась недійсною? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Чи ви маєте відомості про які-небудь свої хвороби / проблеми медичної природи? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Чи відчуваєте Ви себе здоровим та здатним виконувати обов'язки, пов'язані з призначеною посадою/професією? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Чи є у вас алергія на якісь ліки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Якщо на додаткові питання 37- 43 було надано ствердну відповідь, прошу подати деталі

44. Чи приймаєте ви які-небудь ліки (що продаються за рецептом або без нього)?

Якщо так, надайте, будь ласка, список ліків, які вживаєте та їх дозування:

Цим я підтверджую, що наведена вище декларація є правдивою і відповідає моїм знанням.

Підпис обстежуваного: Дата (день, місяць, рік)..... /..... /.....

Засвідчене: Прізвище:
(Підпис) (Друкованими)

Я даю згоду на передачу всієї моєї попередньої медичної документації, яка зберігалася у лікарів, закладів охорони здоров'я та державних установ, лікарю: (зазначений лікар)

Засвідчене: Прізвище:
(Підпис) (Друкованими)

Згідно із ст.13 загального розпорядження про захист персональних даних від дня 27 квітня 2016 р. (Вісн. зак. ЄС L 119 від 04.05.2016) інформую, що:
1) адміністратором ваших персональних даних є PAZIM ІзОВ, пл. Родла, 8, 70-419 Щецин,
2) контакт з Інспектором Охорони Даних - iod@pazim.pl
3) Ваші персональні дані будуть оброблятися з метою надання медичних послуг - відповідно до ст. 6 р.1 літ. с загального положення про захист персональних даних від 27 квітня 2016 року та відповідно до ст.9 р.1 літ. h загального положення про захист персональних даних від 27 квітня 2016 року.
4) одержувачами ваших персональних даних будуть лише визначені особи, уповноважені отримувати персональні дані на підставі законодавчих положень (NFZ), а також страховики, аналітичні лабораторії
5) Ваші персональні дані будуть зберігатися протягом 20 років
6) Ви маєте право вимагати від адміністратора доступ до персональних даних, виправлення їх або обмеження обробки
7) ви маєте право подати скаргу до контролюючого органу
8) надання персональних даних є обов'язковим згідно із законодавством