



KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Imię i nazwisko PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia miejsce urodzenia

Powód skierowania

CZĘŚĆ I BADANIE PEDIATRYCZNE

Przebyte choroby

.....

Wysokość, ciężar ciała /centyle/

Wzrok – ostrość OP OL

Widzenie barw

Słuch Mowa

Wiek rozwojowy: zgodnie z wiekiem kalendarzowym, przyspieszony, opóźniony
/właściwe podkreślić/

Ocena stanu zdrowia /odchylenia/

.....

Rozpoznanie

.....

.....

Wskazanie dotyczące wyboru zawodu

.....

.....

.....

data

.....

/pieczętka i podpis lekarza/

CZĘŚĆ II BADANIE OKULISTYCZNE

Ostrość wzroku – bez korekcji OP OL
z korekcją OP OL

Widzenie obuoczne: prawidłowe, nieprawidłowe

Widzenie barw

Rozpoznanie

.....

.....

Stan zaawansowania schorzenia

.....

Wskazanie dotyczące wyboru zawodu

.....

.....

.....

data

.....

/pieczętka i podpis lekarza/

CZĘŚĆ III BADANIE ORTOPEDYCZNE

Rozpoznanie

.....

.....

Stan zaawansowania schorzenia

.....

Wskazanie dotyczące wyboru zawodu

.....

.....

.....

data

.....

/pieczętka i podpis lekarza/

CZEŚĆ IV BADANIE LARYNGOLOGICZNO – AUDIOLOGICZNE

Rozpoznanie

.....

.....

/w przypadku uszkodzenia słuchu załączyć audiogram/

Stan zaawansowania schorzenia

.....

Wskazanie dotyczące wyboru zawodu

.....

.....

.....

data

.....

/pieczętka i podpis lekarza/

CZEŚĆ V BADANIE NEUROLOGICZNE, PSYCHIATRYCZNE

Rozpoznanie

.....

.....

Stan zaawansowania schorzenia

.....

Wskazanie dotyczące wyboru zawodu

.....

.....

.....

data

.....

/pieczętka i podpis lekarza/

CZĘŚĆ VI BADANIE W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

.....
/nazwa poradni/

Data rozpoczęcia leczenia w poradni

Rozpoznanie

Stan zaawansowania schorzenia

Wskazanie dotyczące wyboru zawodu

.....

data

.....

/pieczętka i podpis lekarza/