

# Карточка врачебного контроля

## Общие данные

Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Личный код:

Телефон: \_\_\_\_\_

е-майл: \_\_\_\_\_

Работодатель, адрес: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

Общий стаж работы \_\_\_\_\_ лет, начиная \_\_\_\_\_ с года

Основной фактор риска: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Нарактер работы: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Использование средств индивидуальной защиты во время работы:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Прежние места работы (2 предыдущие):

работодатель	должность	как долго?	факторы риска

Имя \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Личный код:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА

Пожалуйста, пишите ответы ПРОПИСЬЮ (ДА ИЛИ НЕТ) НА КАЖДОЙ СТРОКЕ.

В случае ответа «да» уточните, в каком году (или в каком возрасте) и какая конкретно была проблема.

Болеете ли Вы сейчас или болели раньше следующими заболеваниями?	Да/нет	Уточнить
- легочные болезни (в т. ч. туберкулез)		
- болезни сердечно-сосудистой системы		
- повышенное артериальное давление		
- аллергии		
- заболевания желудочно-пищеварительного тракта, в т. ч. язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь		
- заболевания печени, в т. ч. гепатит		
- заболевания почек и мочевыделительных путей		
- эндокринологические болезни, в т. ч. диабет, заболевания щитовидной железы		
- воспаления суставов		
- боли в области спины, шеи или плечевого пояса		
- затекание рук во время сна		
- травмы (переломы костей, несчастные случаи)		
- операции		
- приступы потери сознания, эпилепсия, судороги		
- назначено ли Вам психиатрическое лечение?		
- пользуетесь ли Вы очками или контактными линзами?		
- болезни глаз		
- хронический насморк, фронтит или гайморит		
- болезни уха		
- кожные болезни		
- болезни крови		
- прочие заболевания		
Употребляли ли Вы наркотические средства?		
Употребляете ли Вы алкоголь?		каждый день каждую неделю каждый месяц редко
Курите ли Вы?		.....шт. в день .....лет бросил /бросила
Принимаете ли Вы регулярно лекарства? Какие?		
Находились ли Вы в течение последнего года на больничном листе?		
Находились ли Вы когда-либо на амбулаторном лечении?		
Назначены ли Вам ограничения по работе на основании результатов проверки здоровья?		
Наблюдаются ли у Вас расстройства здоровья, которые Вы связываете со своей работой или производственной средой?		

Ваш семейный врач \_\_\_\_\_

**Подтверждаю правильность данных.**

Подпись работника \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Согласно Закону о защите личных данных, информация, касающаяся Вашего здоровья, не может быть передана третьим лицам.