

## Zgłoszenie zmiany do planu badań profilaktycznych na rok kalendarzowy 2018

|  |
|--|
|  |
|--|

|          |
|----------|
| *<br>S - |
|----------|

nazwa, adres, telefon, email placówki dydaktycznej

| Lp | Profil, kierunek nauczania | Czas nauki zawodu | Zawód | Dane o narażeniu na czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne | Liczba osób podlegających badaniom | * Przewidywane wykonanie badań lekarskich i dodatkowych badań diagnostycznych |                 |               |              |                 |                                |                |                |     |     |      |       |            |             |                     |              |  |
|----|----------------------------|-------------------|-------|---|------------------------------------|---|-----------------|---------------|--------------|-----------------|--------------------------------|----------------|----------------|-----|-----|------|-------|------------|-------------|---------------------|--------------|--|
|    |                            |                   |       |   |                                    | Ogólnolekarskie   | Laryngologiczne | Neurologiczne | Okulistyczne | Dermatologiczne | Kardiologiczne + test Harwarda | Audiometryczne | Spirometryczne | EKG | RTG | ALAT | ASPAT | Bilirubina | Cholesterol | Morf.+Rozmaz+Plytki | Retikulocyty |  |
| 1  | 2                          | 3                 | 4     | 5   | 6                                  | 7   | 8               | 9             | 10           | 11              | 12                             | 13             | 14             | 15  | 16  | 17   | 18    | 19         | 20          | 21                  | 22           |  |
|    |                            |                   |       |   |                                    |   |                 |               |              |                 |                                |                |                |     |     |      |       |            |             |                     |              |  |

\* Wypełnia WOMP

Ogółem:

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

badania programował data podpis

|  |
|--|
|  |
|--|

badania zatwierdził data podpisu

|  |
|--|
|  |
|--|

ilość osób

X

|  |
|--|
|  |
|--|

średnia cena za  
1 badanie

=

|  |
|--|
|  |
|--|

kwota ogółem