



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W KATOWICACH  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY

41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a

ВОЄВОДСЬКИЙ ЦЕНТР ТРУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В КАТОВИЦЕ  
АВТОНОМНИЙ ГРОМАДСЬКИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
КОНСУЛЬТАЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ВІДДІЛ  
41-200 Сосновець, вул. Сташиця 44а

Sekretariat  
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66  
rejestracja@womp.info  
www.womp.info  
Секретаріат  
тел. 32 290 44 56, 32 290 44 66  
rejestracja@womp.info  
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach  
Wydział VIII Gospodarczy  
KRS 0000040776  
NIP 9542260742  
REGON 270170649  
Окружний суд в Катовіце  
VIII Господарчий відділ  
KRS 0000040776  
NIP 9542260742  
REGON 270170649

Imię i nazwisko osoby badanej:.....Telefon .....

Ім'я і прізвище обстежуваної особи

Телефон

Adres zamieszkania:.....

Адреса проживання:

**BADANIE PODMIOTOWE**  
**СУБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖУВАННЯ**

Skargi badanego(ej):.....

Скарги обстежуваного(ої)

	Tak Так	Nie Ні	Opis Опис
Urazy czaszki Травми черепа			
Urazy układu ruchu Травми системи руху			
Omdlenia Непритомності			
Padaczka Епілепсія			
Inne choroby układu nerwowego Інші захворювання нервової системи			
Choroby psychiczne Психічні захворювання			
Cukrzyca Діабет			
Choroby narządu słuchu/głosu Захворювання органів слуху/голосу			
Choroby narządu wzroku Захворювання органів зору			
Choroby układu krwiotwórczego Захворювання кровотвірної системи			
Choroby układu krążenia Захворювання серцево-судинної системи			
Choroby układu oddechowego Захворювання дихальної системи			
Choroby układu pokarmowego Захворювання травної системи			
Choroby układu moczowo – pęciowego Захворювання сечостатевої системи			
Choroby układu ruchu Хвороби системи руху			
Choroby skóry / uczulenia Шкірні захворювання / алергія			
Choroby zakaźne / pasożytnicze Інфекційні / паразитарні захворювання			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne) Гінекологічно-акушерський анамнез (менструація, вагітність, гормональні препарати)			



Województwo  
Śląskie

Jednostka ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego  
Орган охорони здоров'я місцевого самоврядування Сілезького Воєводства



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W KATOWICACH  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY

41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a

ВОЄВОДСЬКИЙ ЦЕНТР ТРУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В КАТОВИЦЕ  
АВТОНОМНИЙ ГРОМАДСЬКИЙ ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
КОНСУЛЬТАЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ВІДДІЛ  
41-200 Сосновець, вул. Сташиця 44а

Sekretariat  
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66  
rejestracja@womp.info  
www.womp.info  
Секретаріат  
тел. 32 290 44 56, 32 290 44 66  
rejestracja@womp.info  
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach  
Wydział VIII Gospodarczy  
KRS 0000040776  
NIP 9542260742  
REGON 270170649  
Окружний суд в Катовіце  
VIII Господарчий відділ  
KRS 0000040776  
NIP 9542260742  
REGON 270170649

Wywiad rodzinny* Сімейний анамнез*			
Inne problemy zdrowotne Інші проблеми зі здоров'ям			
Palenie tytoniu Куріння тютюну		W przeszłości: У минулому:	Obecnie: У теперішній час:
Inne używki Інші стимулятори			

Subiektywna ocena stanu zdrowia Суб'єктивна оцінка стану здоров'я	Bardzo dobre Дуже добре	Dobre Добре	Raczej Dobre Досить добре	Raczej słabe Досить слабке	Słabe Слабке
--	----------------------------	----------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------

	Tak Так	Nie Ні	Opis - uwagi Опис - примітки
Czy badany(a) przebywał(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakiej ? Kiedy ? Чи мала обстежувана особа операцію(ї)? Якої? Коли?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ? Чи знаходиться під опікою спеціалізованої клініки? Якої?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ? Чи приймає обстежувана особа ліки? Які?			

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.  
Я заявляю, що зрозумів(ла) зміст поставлених питань і відповів(ла) на них правдиво.

.....  
(podpis badanego i rodzica lub opiekuna prawnego)  
(підпис обстежуваної особи і одного з батьків або законного опікуна)

.....  
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)  
(підпис і печатка особи, яка проводить суб'єктивне обстеження)

\*W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

\* Особливо при наявності алергії (астми), діабету, психічних захворювань, серцевих захворювань, гіпертонії та раку.



Województwo  
Śląskie

Jednostka ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego  
Орган охорони здоров'я місцевого самоврядування Сілезького Воєводства