



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

## Wywiad (wypełnia pacjent)

### Informacje nt. uczestnika

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL .....

Telefon ..... E-mail .....

Nazwa zakładu pracy .....

Wykonywany zawód .....

Rodzaj wykonywanej pracy:

1.  stała lub  zmianowa (dwie zmiany lub więcej )

2.  umysłowa lub  fizyczna:

lekka fizyczna  średnio-ciężka fizyczna  ciężka fizyczna

Narażenia w środowisku pracy (hałas/pyły/ drgania mechaniczne/mikroklimat/promieniowanie jonizujące/czynniki biologiczne/czynniki chemiczne/inne jakie? .....

### Stan zdrowia (wypełnia opiekun)

Wzrost ..... Waga ..... BMI .....

Wiek (w latach ukończonych) ..... Płeć .....

Ciśnienie tętnicze (mmHg) .....

Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe Nie/Tak

Jeśli tak proszę wymienić .....

.....

Palenie papierosów obecnie Nie/Tak

Uczestnik projektu wyraża zgodę na przekazywanie dokumentacji zdrowotnej:

Drogą elektroniczną (e- Portal)

Osobiście w biurze projektu

Przesyłką pocztową