



Name (last, first, middle) / Nazwisko i imię: _____

Date of birth (day/month/year) / Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok): _____/_____/_____

Home address/ Adres zamieszkania: _____

Passport No./Discharge Book No. / Numer paszportu lub książeczki żeglarskiej: _____

Position/ Stanowisko: _____

Type of ship/ Typ statku: _____ Trade area/ Rejon pływania: _____

Examinee's personal declaration/ Oświadczenie badanego

Have you ever had any of the following conditions?/ Czy kiedykolwiek odczuwał(a) Pan(i) następujące dolegliwości?

Condition/ Dolegliwości	Yes Tak	No Nie
1. Eye/vision problem/ Choroby wzroku		
2. High blood pressure/ Nadciśnienie tętnicze		
3. Heart/vascular disease/ Choroba niedokrwienna serca		
4. Heart surgery/coronary attack/ Operacje serca, zawał		
5. Varicose veins/piles/ Żylaki		
6. Asthma/bronchitis/ Astma oskrzelowa		
7. Blood disorder/ Choroby krwi		
8. Diabetes/ Cukrzyca		
9. Thyroid problem/ Choroby tarczycy		
10. Digestive disorder/ Choroby przewodu pokarmowego		
11. Kidney problem/ Choroby nerek		
12. Skin problem/ Choroby skóry		
13. Allergies/ Alergie		
14. Infectious/contagious diseases/ Choroby zakaźne		
15. Hernia/ Przepukliny		
16. Genital disorder/ Choroby narządów płciowych		
17. Pregnancy/ Ciąża		
18. Sleeping problems/ Problemy ze snem		

Condition/ Dolegliwości	Yes Tak	No Nie
19. Do you smoke?/ Palenie papierosów		
19a. Alcohol problems/ Uzależnienie od alkoholu		
19b. Do you use drugs?/ Zażywanie narkotyków		
20. Operation/surgery/ Operacje, zabiegi chirurgiczne		
21. Epilepsy/seizures/ Padaczka, drgawki		
22. Dizziness/fainting/ Zawroty głowy, omdlenia		
23. Loss of consciousness/ Utraty świadomości		
24. Psychiatric problems/ Choroby psychiczne		
25. Depression/ Depresja		
26. Attempted suicide/ Próby samobójcze		
27. Loss of memory/ Zaniki pamięci		
28. Balance problems/ Zaburzenia równowagi		
29. Severe headaches/ Silne bóle głowy		
30. Ear/nose/throat problems/ Schorzenia uszu, nosa, gardła		
31. Restricted mobility/ Ograniczona ruchomość kończyn		
32. Back or joint problems/ Choroby kręgosłupa lub stawów		
33. Amputation/ Amputacje		
34. Fractures/dislocations/ Złamania, zwichnięcia		

If any of the above questions were answered "yes", please give details/ Jeśli na jakieś z powyższych pytań odpowiedziano "tak", proszę podać szczegóły.

Additional questions/ Pytania dodatkowe	Yes Tak	No Nie
35. Have you ever been sign off as sick or repatriated from a ship?/ Czy był(a) Pan(i) odesłany(a) ze statku z powodu choroby?		
36. Have you ever been hospitalized?/ Czy był(a) Pan(i) hospitalizowana?		
37. Have you ever been declared unfit for sea duty?/ Czy był(a) Pan(i) uznany(a) niezdolnym(q) do pracy na morzu?		
38. Has your medical certificate ever been restricted or revoked?/ Czy Pana(i) świadectwo miało ograniczenia lub zostało anulowane?		
39. Are you aware that you have any medical problems, diseases or illness?/ Czy zgłasza Pan(i) inne niż powyższe problemy zdrowotne?		
40. Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designed position?/ Czy uważa się Pan(i) za zdolnego do pracy na wymienionym stanowisku?		
41. Are you allergic to any medications/ Czy jest Pan(i) uczulony(a) na jakieś leki? Comments/ Komentarze:		
42. Are you taking any non-prescription or prescription medications/ Czy bierze Pan(i) jakieś leki? If yes, please list the medications taken and the purpose(s) and dosage(s)/ Jeśli tak, proszę podać jakie oraz cel stosowania i dawki		

I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge/

Potwierdzam, że powyższe oświadczenie jest prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Signature of examinee/ Podpis badanego: _____

Date (day/month/year) / Data (dzień/miesiąc/rok): _____/_____/_____

Witnessed by (signature)/ Potwierdzone przez (podpis): _____

Name/ Nazwisko: Jolanta Krychowiak-Borowiecka

Medical examination

Use of glasses or contact lenses (if yes, specify which type and for what purpose): Yes No _____

Sight	Visual acuity			
	Unaided		Aided	
	Right eye	Left eye	Right eye	Left eye
Distant				
Near				

	Visual fields	
	Normal	Defective
	Right eye	
Left eye		

Colour vision	
Not tested	
Normal	
Doubtful	
Defective	

Hearing	Pure tone and audiometry (threshold values in dB)					
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
Right ear						
Left ear						

Whisper (m)	
Right ear	
Left ear	

Height: _____ cm Weight: _____ kg Pulse rate: _____ /min Rhythm: _____
 Blood pressure: _____ / _____ Urinalysis: Glucose: _____ Protein: _____ Blood: _____

	Normal	Abnormal
Head/ <i>Głowa</i>		
Sinuses, nose, throat/ <i>Zatoki, nos, gardło</i>		
Mouth/teeth/ <i>Usta, zęby</i>		
Ears (general)/ <i>Uszy</i>		
Tympanic membrane/ <i>Błona bębenkowa</i>		
Eyes/ <i>Oczy</i>		
Ophthalmoscopy/ <i>Oftalmoskopia</i>		
Pupils/ <i>Żrenice</i>		
Eye movement/ <i>Ruchy gałek ocznych</i>		
Lungs and chest/ <i>Pluca i klatka piersiowa</i>		
Breast examination/ <i>Badanie piersi</i>		
Heart/ <i>Serce</i>		

	Normal	Abnormal
Skin/ <i>Skóra</i>		
Varicose veins/ <i>Żyłaki</i>		
Vascular (inc. pedal pulses)/ <i>Naczynia</i>		
Abdomen and viscera/ <i>Brzuch i wnętrzności</i>		
Hernia/ <i>Przepukliny</i>		
Anus (not rectal exam)/ <i>Odbyt (nie per rectum)</i>		
G-U system/ <i>Układ moczowo-płciowy</i>		
Upper and lower extremities/ <i>Kończyny</i>		
Spine (C/S, T/S i L/S)/ <i>Kręgosłup (C/S, T/S i L/S)</i>		
Neurologic (full/brief)/ <i>Badanie neurologiczne</i>		
Psychiatric/ <i>Badanie psychiatryczne</i>		
General appearance/ <i>Wygląd ogólny</i>		

Chest X-ray: Not performed Performed on (day/month/year): _____ / _____ / _____

RTG results: _____

Other diagnostics test(s) and result(s):

Test: _____

Test: _____

Assessment of fitness at sea

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostics test results recorded above, I declare the examinee medically:

Fit for look-out duty Not fit look-out duty

	Deck service	Engine service	Catering service	Other service
Fit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Without restrictions With restrictions Visual aid required Yes No

Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area)

Medical certificate's date of expiration (day/month/year): _____ / _____ / _____

Date medical certificate issued (day/month/year): _____ / _____ / _____

Number of medical certificate: _____

Signature of medical practitioner: _____

Medical practitioner information (name, license number, address): Jolanta Krychowiak-Borowiecka, M.D.

Licence number: 9968793

Address: Hryniewickiego 6C/13, 81-340 Gdynia, Poland