****

**BADANIA KANDYDATÓW DO SZKÓŁ, UCZNIÓW, STUDENTÓW**

**ORAZ DOKTORANTÓW**

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi realizuje zadania określone w art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o służbie medycyny pracy w odniesieniu do:

1) kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub stażu uczniowskiego są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia;

2) doktorantów, którzy w trakcie kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.

## Zakres i tryb oraz sposób dokumentowania tych badań jest zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem szkoła lub uczelnia winna wydać skierowanie   
na badanie lekarskie profilaktyczne.

**INFORMACJA DLA UCZNIA/STUDENTA**

###### Badania przeprowadzane są codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.00 do 15.00, w naszych Placówkach – wybierz dogodną dla siebie lokalizację:

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi:

**MOMP ul. Aleksandrowska 61/63, tel. (42) 27-27-803 lub (42) 27-21-808, mompa@wompcpl.eu**

**MOMP ul. Tymienieckiego 18, tel. (42) 27-97-280, (42) 25-05-459 lub 797 842 947, mompt@wompcpl.eu**

**MOMP al. Piłsudskiego 133B, tel. (42) 27-97-325, (42) 67-49-961 lub 506 474 362, mompp@wompcpl.eu**

###### Zalecane jest wcześniejsze umówienie wizyty poprzez infolinię, pod w/w numerami telefonu lub droga mailową.

**W celu wyznaczenia terminu badania** drogą internetową prosimy o elektroniczne dostarczenie kompletnego skierowania na badania wraz z podaniem numeru telefonu kontaktowego.

Wyznaczenie terminu badania lekarskiego oznacza dzień wykonania badania lekarskiego, nie oznacza godziny rozpoczęcia i zakończenia badania.

**Uwaga! W związku z trwająca pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 osoby wchodzące na teren Ośrodka muszą być zaopatrzone we własne środki ochrony osobistej - maseczki oraz długopisy. Wszystkie świadczenia realizujemy z zachowaniem reżimu sanitarnego. Na badanie należy się zgłosić nie wcześniej niż 15 minut przed wyznaczoną godziną badania.**

# PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ

**Kandydaci do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniowie i słuchacze tych szkół, studenci oraz słuchacze kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz  uczestnicy studiów doktoranckich**   
na badania powinni się zgłosić z:

1. oryginałem skierowania wystawionego przez szkołę lub uczelnię wyższą opatrzonym oznaczeniem placówki dydaktycznej w postaci nadruku, naklejki lub pieczęci, zawierającym jej nazwę (firmę), adres, NIP i REGON oraz pieczątkę lub imię i nazwisko osoby kierującej na badanie lekarskie oraz podpis,
2. dokumentem potwierdzający tożsamość ze zdjęciem,
3. kserokopią dokumentacji medycznej w przypadku chorób przewlekłych (karty informacyjne ze szpitala lub dokumentacja z leczenia w poradni specjalistycznej).
4. okularami, soczewkami kontaktowymi wraz z pojemnikiem na ich przetrzymywanie, aparatem słuchowym – w przypadku ich używania,
5. oświadczeniem o stanie zdrowia pacjenta – dotyczy uczniów/studentów wykonujących badania z art. 75. Ust. 1 pkt. 7 i 8 ustawy z dnia 5 stycznia 2018 roku, o kierujących pojazdami, wypełnionym przez Osobę badaną podlegającą badaniu lekarskiemu, a w przypadku, gdy Osoba badana jest niepełnoletnia wypełnionym przez jej rodzica w rozumieniu art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe - **w załączeniu.**

Uczniowie/studenci powinni zgłaszać się na badania na czczo.

**WAŻNE!**

**Kandydaci niepełnoletni** zgłaszają się z rodzicem lub opiekunem prawnym bądź   
z pisemną zgodą rodzica na przeprowadzenie badań  **(w przypadku osób  poniżej 16 roku życia  rodzic lub opiekun prawny musi być obecny przy badaniu lekarskim, osoby pomiędzy 16 a 18 rokiem życia jeśli zgłaszają się na badania bez  rodzica czy opiekuna prawnego powinny posiadać pisemną zgodę w/w osób na przeprowadzenie takich badań** - **w załączeniu**



Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego:

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………
2. PESEL lub nr dokumentu tożsamości ………………………………………………………
3. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………
4. Stosunek do małoletniego ……………………………………………………………………

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO BEZ OBECNOŚCI PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO) BĄDŹ OPIEKUNA FAKTYCZNEGO\***

**Dla Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi**

# Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

…………………………………………………………………… ……………………………………

( Nazwisko i imię małoletniego pacjenta, PESEL/data urodzenia )

w dniu (data usługi medycznej) ……………………………… bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego w/w pacjenta małoletniego.

…………………………………………………………………… ………………………………

( miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

……………………………………………………………………………………………………………

( miejscowość, data, czytelny podpis pacjenta)

\*zgoda nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla pacjenta