

WZÓR

ŚWIADECTWO ZDROWIA

MEDICAL CERTIFICATE No. _____

for service at sea

This certificate is issued to meet the requirements of STCW Convention, 1978, as amended and the Maritime Labour Convention, 2006

According to Guidelines on the medical examinations of seafarers ILO/IMO/JMS/2011/12 <i>Zgodnie z wytycznymi w zakresie badań lekarskich marynarzy ILO/IMO/JMS/2011/12</i>			
Last name: <i>Nazwisko</i>		First, middle name: <i>Imię / imiona</i>	
Date of birth (day/month/year): <i>Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok):</i>	Gender: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female <i>Płeć: mężczyzna kobieta</i>	Nationality: <i>Narodowość:</i>	
Mailing address: <i>Adres do korespondencji:</i>		Passport / Seamen's Book No : <i>Paszport / Nr książeczki żeglarskiej:</i>	
Examination for duty on department: / Badanie do świadczenia pracy w dziale:			
<input type="checkbox"/> Deck / <i>Pokładowy</i>	<input type="checkbox"/> Radio / <i>Radio</i>	<input type="checkbox"/> Hotel/ <i>hotel</i>	
<input type="checkbox"/> Engine / <i>Maszynowy</i>	<input type="checkbox"/> Food handling / <i>Catering</i>	<input type="checkbox"/> Other / <i>Inny</i>	
Declaration of the recognized medical practitioner: / Oświadczenie uprawnionego lekarza:			
Confirmation that identification documents were checked at the point of examination: <i>Potwierdzenie weryfikacji dokumentów identyfikacyjnych przed przystąpieniem do badania:</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nie</i>
Height: <i>Wzrost:</i>	Weight: <i>Waga:</i>	Blood pressure: <i>Ciepłota krwi:</i>	Pulse: <i>Tętno:</i>
Hearing meets the standards in STCW Code, section A-I/9: <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>fi</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Nie</i>	Unaided hearing satisfactory? / <i>Czy słuch bez urządzeń pomocniczych jest na poziomie satysfakcjonującym?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Tak</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Nie</i>
Is hearing aid necessary to meet the required hearing standard? <i>Czy aparat słuchowy jest konieczny, aby spełnić wymogi dotyczące słuchu?</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nie</i>
Visual acuity meets standards in STCW Code, section A-I/9 <i>Czy ostrość widzenia spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nie</i>	Date of last color vision test: <i>Data ostatniego badania rozpoznawania kolorów:</i> _____ Testing required every six years <i>Badanie wymagane co sześć lat.</i>
Are glasses or contact lenses necessary to meet the requires vision standard ? <i>Czy okulary lub soczewki kontaktowe są konieczne, aby spełnić wymogi dotyczące wzroku?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nie</i>	
Look-out duties / <i>Czy może pełnić wachtę obserwacyjną?</i>			
<input type="checkbox"/> Fit for look-out duty <i>Zdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej</i>	<input type="checkbox"/> Not fit for look-out duty <i>Niezdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej</i>	<input type="checkbox"/> Not apply <i>Nie dotyczy</i>	
Any limitations or restrictions on fitness? <i>Czy istnieją jakiegokolwiek zastrzeżenia lub ograniczenia dotyczące sprawności?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> No <i>Nie</i>	Is the seafarer taking prescribed medications during validity of the certificate? <i>Czy badany w okresie trwania ważności świadectwa przyjmuje leki przepisane przez lekarza?</i>
If "yes", specify limitations or restrictions: _____ <i>W przypadku odpowiedzi twierdzącej opisać zastrzeżenia: _____</i>			<input type="checkbox"/> Yes <i>Tak</i>
			<input type="checkbox"/> No <i>Nie</i>
Is the applicant free from any diseases likely to be aggravated by service at sea, or to render him unfit for service at sea or likely to endanger the health of other persons on board? <i>Stwierdzam, że marynarz nie cierpi na żadne dolegliwości natury zdrowotnej, które mogłyby ulec zaostrzeniu podczas pełnienia służby na morzu lub doprowadzić członka załogi do niezdolności do wykonywania takiej służby, ani stanowiąc zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa innych osób na statku.</i>			<input type="checkbox"/> Yes / <i>Tak</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Nie</i>

THIS IS TO CERTIFY THAT HE/SHE IS FOUND TO BE FIT/NOT FIT FOR DUTY AS A: _____	
Potwierdzenie zdolności / niezdolności do pracy na stanowisku: _____	
Date of examination (<i>day/month/year</i>) / <i>Data badania (dzień/miesiąc/rok)</i> : _____	
Expiry date of certificate (<i>day/month/year</i>) / <i>Data ważności świadectwa (dzień/miesiąc/rok)</i> : _____	
Official stamp of the issuing authority: <i>Pieczczę urzędowa organu wydającego:</i>	Signature and medical stamp of the authorized physician: <i>Podpis i pieczęć uprawnionego lekarza:</i>
_____ Seafarer's signature/ <i>Podpis marynarza</i>	

Additional details of medical examination – to be completed by examining physician:

(i.e. chronic diseases, drug addict test, prescribed medications, additional medical examination of the seafarer).

Dodatkowe szczegóły dotyczące wywiadu lekarskiego – wypełnia lekarz:

(np. chorób przewlekłych, testów na obecność narkotyków, przyjmowanych leków, dodatkowych badań, którym poddał się marynarz).

--