

Warszawa, dnia 11 października 2022 r.

Poz. 2077

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI**

z dnia 30 września 2022 r.

w sprawie dokumentów stosowanych w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad funkcjonariuszami Służby Więziennej

Na podstawie art. 112a ust. 21 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1064, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa wzory dokumentów związanych ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad funkcjonariuszami Służby Więziennej, podmioty upoważnione do prowadzenia tych dokumentów oraz sposób ich przechowywania i udostępniania.

2. Podmiotami uprawnionymi do prowadzenia dokumentacji medycznej związanej ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad funkcjonariuszami Służby Więziennej są podstawowe jednostki medycyny pracy Służby Więziennej, zwane dalej „zakładami opieki zdrowotnej medycyny pracy”.

3. Zakłady opieki zdrowotnej medycyny pracy prowadzą dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, która jest zainstalowana w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieuprawnionym, z zachowaniem kompetencji i odrębności zawodowych członków zespołu, obejmującego psychologów, pielęgniarki i lekarzy.

4. W przypadkach stosowania dokumentacji wewnętrznej i zbiorczej, w szczególności na potrzeby prowadzenia statystyk, wykonywania testów lub sprawozdawczości, która jest umieszczona w programie elektronicznym, dopuszcza się możliwość prowadzenia jej w postaci papierowej.

§ 2. 1. Wzór skierowania na badanie profilaktyczne funkcjonariusza jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. W przypadku występujących na stanowisku służbowym czynników chemicznych konieczne jest dołączenie do skierowania na badanie profilaktyczne karty charakterystyki substancji stanowiącej czynnik narażenia.

§ 3. 1. Badania profilaktyczne funkcjonariuszy są dokumentowane w karcie badania profilaktycznego, której wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Do każdej karty badania profilaktycznego dołącza się oświadczenie badanego funkcjonariusza o upoważnieniu innych osób do informacji w niej zawartych. Wzór oświadczenia jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

3. Do karty badania profilaktycznego funkcjonariusza dołącza się kartę uodpornienia w celu dokumentowania realizacji zalecanych szczepień ochronnych. Wzór karty uodpornienia funkcjonariusza jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 4. 1. W ramach badania profilaktycznego funkcjonariusz może zostać skierowany na konsultację psychologiczną. Wzór skierowania na konsultację psychologiczną jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

2. Psycholog dokumentuje przeprowadzenie konsultacji w karcie konsultacji psychologicznej, której wzór jest określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1728 i 2448 oraz z 2022 r. poz. 655, 1115, 1855 i 1933.

3. Wynikiem konsultacji psychologicznej jest zaświadczenie psychologiczne, którego wzór jest określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia. Zaświadczenie to dołącza się do karty badania profilaktycznego.

4. Konsultacje psychologiczne wykonane na podstawie skierowania przez lekarza są dokumentowane w rejestrze konsultacji psychologicznych, stanowiącym załącznik nr 8 do rozporządzenia.

§ 5. Wzór orzeczenia lekarskiego kończącego badanie profilaktyczne jest określony w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

§ 6. 1. Dokumentację medyczną prowadzoną w związku ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad funkcjonariuszami Służby Więziennej przechowuje się w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieuprawnionym przez umieszczenie jej w folderach nośników elektronicznych, zgodnie z zasadami archiwizacji dokumentacji elektronicznej.

2. Archiwizacja dokumentacji medycznej następuje z uwzględnieniem okresów obowiązku jej przechowywania. Dokumentacja indywidualna jest przechowywana przez 20 lat po zakończeniu służby przez funkcjonariusza; dokumentacja zbiorcza jest przechowywana przez 20 lat od ostatniego wpisu.

3. Dokumentację osób zawodowo narażonych na czynniki rakotwórcze, mutagenne oraz biologiczne z trzeciej lub czwartej grupy zagrożenia, które mogą być przyczyną choroby, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. poz. 716, z 2008 r. poz. 288 oraz z 2020 r. poz. 2234), przechowuje się przez okres 40 lat od czasu ustania narażenia.

4. Dokumentację prowadzoną w postaci papierowej, której okres przechowywania nie upłynął, dołącza się do dokumentacji elektronicznej i przechowuje we wskazanych okresach na nośniku elektronicznym.

§ 7. 1. Kopię dokumentacji wydaje się na pisemny wniosek funkcjonariusza lub osoby przez niego upoważnionej w terminie nie późniejszym niż 14 dni od dnia wpłynięcia wniosku.

2. Dokumentacja może zostać odebrana osobiście przez funkcjonariusza lub osobę przez niego upoważnioną albo przesłana za potwierdzeniem odbioru na wskazany przez niego adres pocztowy lub elektroniczny. Udostępnienie dokumentacji odnotowuje się w rejestrze udostępnionej dokumentacji medycznej.

3. Udostępnianie dokumentacji następuje na pisemny wniosek uprawnionego podmiotu lub organu, którymi mogą być podmioty wymienione w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876). Dokumentację wydaje się w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochronę danych osobowych w terminie wskazanym we wniosku.

4. Wzór rejestru udostępnionej dokumentacji medycznej jest określony w załączniku nr 10 do rozporządzenia.

5. W przypadku zmiany miejsca pełnienia służby poza dotychczasowy zasięg terytorialny działania zakładu opieki zdrowotnej medycyny pracy kierownik jednostki organizacyjnej Służby Więziennej niezwłocznie informuje, w formie pisemnej, dotychczasowy zakład opieki zdrowotnej medycyny pracy o przeniesieniu funkcjonariusza w celu przekazania indywidualnej dokumentacji medycznej do właściwego terytorialnie zakładu opieki zdrowotnej medycyny pracy.

6. Dokumentację przesyła się niezwłocznie po powzięciu informacji o zmianie miejsca pełnienia służby przez funkcjonariusza, nie później niż w ciągu 14 dni od uzyskania informacji w tym zakresie. Dokumentację przekazuje się za pokwitowaniem w sposób zapewniający ochronę danych osobowych.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Sprawiedliwości: *Z. Ziobro*

8.	Pyły		<p>podać rodzaj</p> <p>czas narażenia</p> <p>data i wyniki pomiarów</p>
9.	Obsługa monitorów ekranowych		<p>liczba godzin / powyżej połowy dobowego czasu pracy</p> <p>oświetlenie wystarczające tak/nie</p>
10.	Czynniki chemiczne**		<p>podać nazwę czynnika</p> <p>czas narażenia</p> <p>data i wyniki pomiarów</p>
11.	Praca na wysokości		
12.	Czynniki biologiczne		<ul style="list-style-type: none"> ○ WZW B ○ WZW C ○ HIV ○ promieniowce, termofile, grzyby pleśniowe o działaniu uczulającym ○ prątek gruźlicy ○ wirus kleszczowego zapalenia mózgu ○ Borrelia burgdorferi ○ inne, jakie?
13.	Wymuszona pozycja ciała		
14.	Nadmierny i stały wysiłek głosowy		
15.	Kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi		
16.	Kierowanie pojazdami służbowymi		
17.	Posługiwanie się bronią palną		
18.	Niekorzystne czynniki psychospołeczne		<ul style="list-style-type: none"> ○ monotonia pracy ○ stanowisko decyzyjne ○ narażenie życia ○ stały duży dopływ informacji ○ praca w stresie, pod presją czasu ○ kontakt z osadzonymi (stały/doraźny) ○ praca w porze nocnej ○ inne ○
19.	Inne czynniki szkodliwe / warunki uciążliwe		

* Niewłaściwe skreślić.

** W przypadku występujących na stanowisku służbowym czynników chemicznych konieczne jest dołączenie do skierowania karty charakterystyki substancji stanowiącej czynnik narażenia.

Wyniki dotychczasowych badań środowiska pracy (jeśli były wykonywane):

Nie były wykonywane.

Brak uzupełnienia skierowania o informacje dotyczące stanowiska pracy skutkuje niewykonaniem badania profilaktycznego.

.....
(podpis pracodawcy albo osoby upoważnionej)

WZÓR

.....
 (pieczęćka podstawowej jednostki służby medycyny
 pracy Służby Więziennej)

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO
(numer badania)

Rodzaj badania profilaktycznego	okresowe (O), kontrolne (K) / art. 113 ustawy o SW
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badanie celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)
Objęty opieką jako	funkcjonariusz (F)

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Nazwisko i imię						pleć M/K
Identyfikator (numer PESEL)						
Adres zamieszkania lub do korespondencji*	kod pocztowy	-	-	-	-	

II. Dane identyfikacyjne miejsca pełnienia służby

Nazwa					
Adres	Kod pocztowy	-	-	-	

Stanowisko/stanowiska * służbowe:

	dzień	-	m-c	-	rok
Data założenia karty		-		-	
Data badania		-		-	

Skierowanie od pracodawcy*	Tak	Nie
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku służbowym	Tak	Nie
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak	Nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku służbowym	Tak	Nie

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pełnienia służby

-
- Zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

III. Zatrudnienie i przebieg służby

Nazwa i adres pracodawcy (przed przyjęciem do służby w SW lub w trakcie pełnienia służby)	Stanowisko pracy	Okres zatrudnienia	Czynniki szkodliwe lub uciążliwe	Okres zatrudnienia w narażeniu na czynniki szkodliwe i uciążliwe
Nazwa i adres jednostki organizacyjnej Służby Więziennej				

Czy w przebiegu służby:	Nie	Tak
stwierdzono chorobę w związku ze służbą		
lekarz wnioskował o skierowanie na komisję lekarską MSW		
badany(-na) uległ(a) wypadkowi w służbie		
stwierdzono chorobę w związku ze szczególnymi warunkami i właściwościami służby		

Jaka?

Kategoria zdrowia A/B/C

Kiedy? W celu: ustalenia zdolności do służby; określenia potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego; określenia procentowego uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem; oceny prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego

Kiedy? Opis skutków zdrowotnych wypadku / % uszczerbek na zdrowiu

.....

.....

.....

Jaka? Kiedy?

Nazwisko i imię osoby badanej
 IV. **Badanie podmiotowe**
 Skargi badanego(-nej):

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu / choroby narządu głosu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry / uczulenia			
Choroby zakaźne/pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Interwencje medycyny pracy SW po zdarzeniach stanowiących źródło silnego stresu			
Wywiad rodzinny ¹			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu			w przeszłości: obecnie:
Inne używki			
Zabiegi operacyjne / hospitalizacje			
Czy leczy się w poradni specjalistycznej?			
Przyjmowane leki			

¹ W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobra*	Dobra*	Raczej dobra*		Raczej słaba*	Słaba*
			Tak	Nie		
Czy w ciągu ostatniego roku korzystał(a) Pan/Pani z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej lub neurologicznej?						
Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie leki uspokajające, przeciwbólowe lub nasenne?						
Czy kiedykolwiek odczuwał(a) Pan/Pani somatyczne objawy stresu, np. bóle głowy, drżenie, kołatanie serca, biegunki, nadmierne pocenie się, zbyt częste oddawanie moczu?						
Czy ma Pan/Pani problemy: ze snem, z koncentracją uwagi, z kontrolowaniem zachowań i emocji?						
Czy odczuwa Pan/Pani: smutek, apatię, niepewność siebie, zagrożenie ze strony otoczenia lub innych ludzi, poczucie bezsensu życia, braku satysfakcji z realizacji zadań służbowych?						
Czy używając alkoholu (pijąc alkohol), doświadcza Pan/Pani picia porannego, picia dla uspokojenia, utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu?						
Czy kiedykolwiek przyjmował(a) Pan/Pani środki psychoaktywne?						
Czy w ciągu ostatnich 2 lat doświadczył(a) Pan/Pani ważnych wydarzeń życiowych, takich jak śmierć lub choroba bliskiej osoby, rozwód, hazard, dług, sprawy sądowe?						
Czy niepokoi Pana/Panią obecny stan emocjonalny lub psychiczny?						
Czy uczestniczył(a) Pan/Pani w zdarzeniach stanowiących źródło silnego stresu, po których nie było interwencji służby medycyny pracy?						
Czy był(a) Pan/Pani w sytuacjach trudnych bądź takich, w których bezpośrednio zagrożone było Pana/Pani zdrowie lub życie (np. groźby karalne, wypadek, wypadek, śmierć osadzonego, napaść)?						

OSWIADCZAM, ŻE ZROZUMIAŁEM(-LAM) TREŚĆ ZADAWANYCH PYTAŃ I ODPOWIEDZIAŁEM(-LAM) NA NIE ZGODNIE Z PRAWDĄ.

.....
(data i podpis badanego)

.....
(data, pieczętka i podpis osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

Nazwisko i imię osoby badanej

V. Badanie przedmiotowe

Wzrost	Masa ciała	Tętno	RR
oko prawe	oko lewe	rozpoznawanie barw	zecz: tak/nie*
oko prawe	oko lewe	rozpoznawanie barw	zecz: tak/nie*
szepc	UP	m, UL	m
Narząd równowagi	Romberg (p)/(n)*	Oczopląs	obecny/nieobecny*
Skóra	Norma	Patologia	Patologia (opis)
Czaszka			
Węzły chłonne			
Nos			
Jama ustno-gardłowa			
Szyja			
Klatka piersiowa			
Płuca			
Układ sercowo-naczyniowy			
Jama brzuszna			
Układ moczowo-płciowy			
Układ ruchu			
Układ nerwowy			
Stan psychiczny			

.....
(data, pieczętka i podpis osoby przeprowadzającej badanie przedmiotowe)

VI. Badania pomocnicze

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynnika narażenia

VII. Konsultacje specjalistyczne

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki konsultacji

VIII. Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne:

nie tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

IX. Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych:

nie tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....

.....

.....

.....

Nazwisko i imię

X. Rozpoznanie lekarskie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

XI. Zalecenia:

.....
.....
.....
.....

XII. Dane adresowe jednostki podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej:

.....
.....
.....
.....

XIII. Informacje dla lekarza podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej:

.....
.....
.....
.....

XIV. Wydano orzeczenie:

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest:

- a) zdolny(-na) do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym*..... z zachowaniem wskazań lekarskich*:
- b) zdolny(-na) do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym

Data następnego badania lekarskiego

2) wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny(-na) do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym – skierowanie do komisji lekarskiej MSWiA

3) wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych stał(a) się niezdolny(-na) do pełnienia służby na dotychczas zajmowanym stanowisku służbowym, w związku z powyższym konieczne jest przeniesienie do pełnienia służby na innym stanowisku z następującymi ograniczeniami do pełnienia służby:

na okres*

Data badania

Uwagi:

	dzień	-	m-c	-	rok
Data wydania orzeczenia lekarskiego		-		-	
Data następnego badania		-		-	

.....
(dane i podpis lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych)

* Niepotrzebne skreślić.

WZÓR

Zakład Opieki Zdrowotnej
Medycyny Pracy Służby Więziennej

dnia

w.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(-na),
zam. PESEL,
na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876) oświadczam, że:

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach opieki zdrowotnej

upoważniam*

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

Niniejsze upoważnienie obejmuje uprawnienia do uzyskiwania informacji*:

zarówno za życia, jak i po mojej śmierci

wyłącznie po mojej śmierci

wyłącznie za życia

nie upoważniam nikogo*

2. Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby – we wszelkich prawnie
dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej

upoważniam*

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

Niniejsze upoważnienie obejmuje uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej
mojej osoby*:

zarówno za życia, jak i po mojej śmierci

wyłącznie po mojej śmierci

wyłącznie za życia

nie upoważniam nikogo*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego)

* Niepotrzebne skreślić.

WZÓR

Zakład Opieki Zdrowotnej
Medycyny Pracy Służby Więziennej
w

dnia

SKIEROWANIE NA KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nazwa jednostki organizacyjnej SW:

Stanowisko służbowe:

Uzasadnienie skierowania:

.....
(podpis lekarza
kierującego na konsultację)

WZÓR

Zakład Opieki Zdrowotnej
Medycyny Pracy Służby Więziennej
w

dnia

KARTA KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNEJ
część I

Imię i nazwisko:		PESEL:	
Wykształcenie:	Zawód wyuczony:	Zawód wykonywany:	
Miejsce służby:			
Stanowisko i wykonywane czynności służbowe:			
Staż służby ogółem:		Staż na obecnym stanowisku:	
Czy w przebiegu służby:	TAK	NIE	Opis
a) konsultowany(-na) uczestniczył(a) w zdarzeniu mogącym stanowić źródło silnego stresu			Kiedy? Z jakiego powodu?
b) konsultowany(-na) uczestniczył(a) w interwencji			Jakie były skutki zdrowotne?
c) konsultowany(-na) uległ(a) wypadkowi w służbie			Kiedy? Jakie były skutki zdrowotne?
Rodzaj konsultacji:	a) w ramach badania profilaktycznego: okresowa, kontrolna ¹ b) inna (jaka?) ²		
Cel konsultacji:			
<p>..... (pieczętka i podpis psychologa)</p>			

KARTA KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNEJ część II

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
medycyny pracy SW)

.....
(miejsowość, data)

A) Dane z wywiadu i dokumentacji, tj. informacja o przebytych urazach i aktualnych chorobach, przyjmowanych lekach, uzależnieniach, funkcjonowaniu społecznym i zawodowym:

Zebrano na podstawie³:

B) Diagnoza problemowa:

C) Wnioski/zalecenia⁴:

D) Wynik konsultacji psychologicznej przekazano (wskazać odbiorcę):

(w jakiej formie?) w dniu:⁵

.....
(pieczęć i podpis psychologa)

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Wpisać, np.: z urzędu, na wniosek kierownika jednostki, z inicjatywy funkcjonariusza lub pracownika.

³ Wskazać metodę lub narzędzie badawcze, np.: wywiad, diagnoza problemowa, badania testowe, badania ankietowe.

⁴ Wpisać wnioski z konsultacji oraz zalecenia, np. sugerowany termin kolejnej konsultacji.

⁵ Wskazać osobę, której przekazano wynik konsultacji, np. lekarzowi medycyny pracy, pracodawcy, wpisać formę, tj. zaświadczenie, informacja o realizacji interwencji, oraz datę przekazania.

WZÓR

Zakład Opieki Zdrowotnej
Medycyny Pracy Służby Więziennej
w.....

dnia

ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGICZNE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nazwa jednostki organizacyjnej SW:

Stanowisko służbowe:

Wynik przeprowadzonej konsultacji psychologicznej:

.....
.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis psychologa)

Załącznik nr 8

WZÓR

REJESTR PRZEPROWADZONYCH KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNYCH

Lp.	Data	Imię i nazwisko	Stanowisko	PESEL	Nazwa jednostki organizacyjnej	Dane osoby kierującej na konsultację	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

WZÓR

.....
(pieczętka podstawowej jednostki
służby medycyny pracy Służby Więziennej)

.....
(miejsowość, data)

ORZECZENIE LEKARSKIE NR

W wyniku przeprowadzonego badania profilaktycznego (okresowe, kontrolne, inne*) oraz oceny narażeń występujących na stanowisku służby funkcjonariusz SW:

Imię i nazwisko
PESEL
Nazwa jednostki organizacyjnej SW
Stanowisko służbowe

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest:

a) zdolny(-na) do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym*

.....

b) zdolny(-na) do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym

..... z zachowaniem wskazań lekarskich*:

.....

Data następnego badania lekarskiego

2) wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny(-na) do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym – skierowanie do komisji lekarskiej MSWiA

3) wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych stał(a) się niezdolny(-na) do pełnienia służby na dotychczas zajmowanym stanowisku służbowym, w związku z powyższym konieczne jest przeniesienie do pełnienia służby na innym stanowisku z następującymi ograniczeniami do pełnienia służby:

.....

na okres

Data badania

* Niepotrzebne skreślić.

.....
(pieczętka i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie profilaktyczne)

Załącznik nr 10

WZÓR

.....
(pieczęćka podstawowej jednostki
służby medycyny pracy Służby Więziennej)

REJESTR UDOSTĘPNIONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja medyczna	Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej	Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej	Imię i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, lub nazwa uprawnionego organu lub podmiotu	Imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną	Data udostępnienia dokumentacji medycznej