

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo pieczęć lekarza uprawnionego wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo pieczęć grupowej praktyki lekarskiej, albo pieczęć podmiotu odwoławczego wymienionego w § 5 ust. 4 lub § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 września 2000 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń (Dz. U. Nr 79, poz. 898 z późn. zm.)

KARTA BADANIA LEKARSKIEGO OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ LUB POSIADAJĄCEJ POZWOLENIE NA BROŃ

Data badania		
dzień	miesiąc	rok

I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko		Data urodzenia	dzień	miesiąc	rok																				
Nr PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					Płeć	M *)	K *)	
Miejsce zamieszkania		kod pocztowy □ □ — □ □ □																							

II. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU:	Rodzaj broni
1) ubiegania się o pozwolenie na broń*)	
2) posiadania pozwolenia na broń (badanie w trybie określonym w art. 15 ust. 4 ustawy z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji (Dz. U. Nr 53, poz. 549 z późn. zm.)*)	
3) posiadania pozwolenia na broń (badanie w trybie określonym w art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji (Dz. U. Nr 53, poz. 549 z późn. zm.)*)	
4) posiadania pozwolenia na broń lub ubiegania się o pozwolenie na broń w trybie odwoławczym*)	

*) Niepotrzebne skreślić.

III. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

A. Badanie podmiotowe (wywiad lekarski)*)

Lp.		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1	Dolegliwości zgłaszane spontanicznie			
2	Urazy czaszki			
3	Urazy kończyn górnych, kończyn dolnych, kręgosłupa			
4	Incydenty nagłej utraty świadomości			
5	Zaburzenia dotyczące wzroku (w tym zaburzenia widzenia o zmierzchu)			
6	Zaburzenia dotyczące słuchu			
7	Choroby układu nerwowego (w tym padaczka)			
8	Choroby psychiczne			
9	Choroby układu ruchu			
10	Choroby układu krążenia			
11	Cukrzyca			
12	Choroby układu oddechowego			
13	Choroby układu pokarmowego			
14	Choroby endokrynologiczne			
15	Choroby układu moczowego			
16	Przebyte hospitalizacje (w tym zabiegi operacyjne)			
17	Przyjmowane leki:			
	obecnie			
	w ciągu ostatnich pięciu lat			
18	Inne problemy zdrowotne:			
	1. palenie papierosów			od kiedy pali? ile sztuk/dobę?
	2. spożywanie alkoholu (częstość, ilość, rodzaj alkoholu, od jak dawna, czy się upija)			
	3. przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych			
19	Leczenie w poradni specjalistycznej			w jakiej?
				od kiedy?
20	Czy jest rencistą?			z jakiego powodu?

.....
(data)

.....
(podpis osoby badanej)

*) Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „X” i właściwy opis.

B. Badanie przedmiotowe *)

Wzrost.....cm

Ciężar ciała.....kg

Narząd (układ)	Norma	Opis patologii
Budowa ciała		
Skóra: blizny, tatuaże		
Głowa: Blizny skórne i ubytki kostne czaszki, ruchomość gałek ocznych Kształt i reakcje źrenic Asymetria twarzy, zbaczanie języka		
Tarczycyca		
Układ oddechowy: - odgłos opukowy, - szmer oddechowy, - liczba oddechów...../ min		
Układ krążenia: - miarowość, - tony serca: szmery, - tętno na tętnicach obwodowych, - tętno...../min - RR(w spocz.).....mmHg -		
Brzuch: - bolesność; opory patologiczne, - przepukliny, - wątroba, nerki		

*) Postawić znak „X” w rubryce „Norma” w przypadku prawidłowego wyniku badania, a w przypadku patologii – podać szczegółowy opis.

Badanie układu ruchu:*)

Rodzaj badania	Norma	Opis patologii
Badanie sprawności kończyn górnych: - siła mięśniowa, - chwytność rąk, - ograniczenie ruchomości stawów: - palców i nadgarstków, - łokciowych, - barkowych		
Badanie sprawności kończyn dolnych - ograniczenie ruchomości stawów: - stopy i skokowego, - kolanowego, - biodrowego		
Ruchomość kręgosłupa: - odcinka szyjnego, - odcinka lędźwiowego		
Badanie chodu		
Anomalie wrodzone lub pourazowe		

Badanie układu nerwowego:*)

Lp.	Rodzaj badania	Norma	Opis patologii
1	Ruchomość gałek ocznych		
2	Objawy mózdkowe - koordynacja ruchowa		
3	Niedowłady, porażenia kkg		
4	Niedowłady, porażenia kkd		
5	Zaniki mięśniowe		
6	Objaw Babińskiego		

*) Postawić znak „X” w rubryce „Norma” w przypadku prawidłowego wyniku badania, a w przypadku patologii – podać szczegółowy opis.

Badanie narządu słuchu i równowagi

Wywiad chorobowy

Przebyte choroby	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
zawroty głowy zaburzenia równowagi przebyte zapalenie błędnika choroba Meniere'a			
przebyte urazy głowy: z utratą przytomności bez utraty przytomności złamania kości czaszki			
choroby narządu słuchu: zapalenie uszu przebyte operacje uszu			jakie? kiedy?
upośledzenie słuchu ubytek słuchu jednostronny ubytek słuchu obustronny posługiwanie się aparatem słuchowym			

Badanie akumetryczne słuchu

mowa potoczna	6m	szept
UP	3m	UP
UL	2m	UL
	< 2m	

Badanie narządu równowagi

	Próby statyczne:	prawidłowa	nieprawidłowa
Oczopląs samoistny	Romberg		
Obecny	Romberg „uczulony”		
Nieobecny	Próba Flecka		

Rozpoznanie i wnioski:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza upoważnionego)

IV. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego.....

Nr PESEL

Miejsce zamieszkania.....

Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
Przebyte choroby, urazy i operacje			
Korekcja okularowa			od ilu lat?
Soczewki kontaktowe			od ilu lat?

Badanie przedmiotowe

	Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
Widzenie obuoczne			
Pole widzenia (badanie perymetryczne)			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie zmierzchowe			

Rozpoznanie i wnioski:.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza okulisty)

V. BADANIE PSYCHIATRYCZNE

Opis badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rozpoznanie i wnioski:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)

VI. INNE KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Opis badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rozpoznanie i wnioski:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)

VII. BADANIA POMOCNICZE

1. Rodzaj badania:.....Data badania.....

Wynik badania.....
.....
.....

2. Rodzaj badania:.....Data badania.....

Wynik badania.....
.....
.....

3. Rodzaj badania:.....Data badania.....

Wynik badania.....
.....
.....

VIII. ROZPOZNANIE OSTATECZNE

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

IX. ORZECZENIE LEKARSKIE

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza upoważnionego)