

WZÓR ŚWIADECTWA ZDROWIA

MEDICAL CERTIFICATE No. _____

ŚWIADECTWO ZDROWIA NR _____

This certificate is issued on behalf of the Maritime Authority of Republic of Poland to meet the requirements of STCW Convention, 1978, as amended and the Maritime Labour Convention, 2006*)

Niniejsze świadectwo jest wydane w imieniu Administracji Morskiej Rzeczypospolitej Polskiej w celu spełnienia wymagań Konwencji STCW, 1978, z późn. zm. i Konwencji o pracy na morzu, 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 / Numer 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>Ciśnienie krwi:</i>	Pulse: <i>Tętno:</i>
Hearing meets the standards in STCW Code, section A-I/9: <i>Śluch spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW:</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Tak</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 <input type="checkbox"/> No <i>Tak Nie</i>	Color vision meets standards in STCW Code, section A-I/9 <i>Czy postrzeganie kolorów spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW?</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Tak Nie</i>	Date of last color vision test: <i>Data ostatniego badania dotyczącego rozpoznawania kolorów:</i> _____ Testing required every six years. <i>Badanie wymagane do sześciu 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>			
Fit for look-out duty <i>Zdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej</i>	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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Czy istnieją jakiegokolwiek zastrzeżenia lub ograniczenia dotyczące sprawności? <i>Tak Nie</i> If "yes", specify limitations or restrictions: _____ W przypadku odpowiedzi twierdzącej opisać zastrzeżenia:	Is the seafarer taking prescribed medications during validity of the certificate? Czy badany w okresie trwania ważności świadectwa przyjmuje leki przepisane przez lekarza? Yes No Tak Nie
--	---

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? Czy marynarz jest wolny od jakiegokolwiek dolegliwości natury zdrowotnej, które mogłyby ulec zastrzeżeniu podczas pełnienia służby na morzu lub doprowadzić członka załogi do niezdolności do wykonywania takiej służby, ani stanowić zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa innych osób na statku?	<input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No <i>Tak / 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 (day/month/year) / Data badania (dzień/miesiąc/rok): _____

Expiry date of certificate (day/month/year) / Data ważności świadectwa (dzień/miesiąc/rok): _____

Signature and medical stamp of the authorized physician:
 Podpis i pieczęć uprawnionego lekarza:

 Seafarer's signature / Podpis marynarza

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).

*) Issuing a medical certificate to persons under 16 years of age does not entitle to employment on a seagoing ship or fishing vessel.
 *) Wydanie świadectwa zdrowia osobom poniżej 16 roku życia nie uprawnia do zatrudnienia na statku morskim lub rybackim.