

MEDICAL CERTIFICATE No. _____ for service at sea

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:

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 of section A-I/9: <i>Śluch spełnia wymogi sekcji A-I/9:</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 jest do pracy?</i>		<input type="checkbox"/> Yes / <i>Tak</i>	<input type="checkbox"/> No / <i>Nie</i>
Visual acuity meets standards of section A-I/9: <i>Czy ostrość widzenia spełnia wymogi określone w A-I/9?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Tak</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Nie</i>	Color vision meets standards of section A-I/9: <i>Czy postrzeganie kolorów spełnia wymogi sekcji A-I/9?</i>	Date of last color vision test: <i>Data ostatniego badania rozpoznawania kolorów:</i> Testing required every 6 years. <i>Badanie wymagane co 6 lat.</i>
Are glasses or contact lenses necessary to meet the requires vision standard? <i>Czy okulary lub soczewki kontaktowe są konieczne do pracy?</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 stanowić 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>Data badania:</i> Expiry date of certificate / <i>Data ważności świadectwa:</i>			
Official stamp of the issuing authority: <i>Pieczęć urzędowa organu wydającego:</i>		Name, surname and signature of the authorized physician <i>Imię, nazwisko oraz podpis uprawnionego lekarza:</i>	
I confirm that I have been informed of the contents of the certificate and of right to review in accordance with paragraph 6 of section A-I/9. <i>Potwierdzam, że zostałem/łam poinformowany/na o treści świadectwa oraz prawie do jego weryfikacji zgodnie z pkt. 6 sekcji A-I/9.</i>			
Seafarer's signature / <i>Podpis marynarza</i>			

MEDICAL CERTIFICATE No. _____
for service at sea

Issued to meet the requirements of STCW Convention 1978, as amended, and the Maritime Labour Convention 2006

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).