

Warszawa, dnia 3 kwietnia 2026 r.

Poz. 459

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 marca 2026 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy,
sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów**

Na podstawie art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 437 oraz z 2026 r. poz. 187) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. poz. 1002 oraz z 2024 r. poz. 1311) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 4 uchyla się pkt 6;
- 2) w § 8 w ust. 1 w pkt 6 wyrazy „informacji o wydanym orzeczeniu” zastępuje się wyrazem „orzeczenia”;
- 3) załącznik do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *K. Kęcka*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

Imię i nazwisko osoby badanej:

Skierowanie od pracodawcy / placówki dydaktycznej*:	Tak	Nie
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki:	Tak	Nie
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych:	Tak	Nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki:	Tak	Nie

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

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy / odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich:

°

°

° zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

*W razie braku skierowania od pracodawcy / placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Imię i nazwisko osoby badanej:

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie

Nazwa i adres pracodawcy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy/ nauki	Okres zatrudnienia/nauki	Czynniki szkodliwe/uciążliwe	Okres zatrudnienia/nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	Tak	Nie
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
Jaką? Nr z wykazu chorób zawodowych:		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
Kiedy? z jakiego powodu?		
c) badany(-na) uległ(a) wypadkowi w pracy?		
Kiedy? opis skutków zdrowotnych wypadku		
..... z jakiego powodu?		
d) przyznano świadczenie rentowe?		
Kiedy? Choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)		
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?		
Kiedy? stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)		

Imię i nazwisko osoby badanej:

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
	Tak	Nie								
Czy badany(-na) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(-ne)? Jakże? Kiedy?										
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?										
Czy badany(-na) przyjmuje leki? Jakże?										

Opis – uwagi

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wzrost	Masa ciała		Tętno		RR
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak/nie	Orientacyjne pole widzenia
Słuch	Szept: UP, m, UL, m				
Układ równowagi	Romberg (.....)		Oczopląs: (obecny/nieobecny):		
Odowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem	Norma	Patologia	Patologia (opis)		
Skóra			Nie badano		
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					

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIA POMOCNICZE

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

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wyniki konsultacji

Imię i nazwisko osoby badanej:

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne: Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych: Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....
Rozpoznanie:
Zalecania:

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej:
 Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Imię i nazwisko osoby badanej:

WYDANO ORZECZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku
- braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy

□ przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko uzasadniających:

- przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- zmianę warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy

□ niezdolności badanego(-nej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:

- szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
- zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
- podejrzenie powstania choroby zawodowej
- niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy

□ potrzebie stosowania okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 237¹⁵ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

□ inne
 UWAGI:

	dd	-	m-c	-	rok
Data wydania orzeczenia					
Data następnego badania					

.....
 (podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza¹⁾)

□ Badany(-na) / podmiot kierujący na badanie* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do
□ Dokumentację medyczną wydano osobie badanej / przesłano do jednostki odwoławczej* w dniu

* Niepotrzebne skreślić.

Objaśnienie:

Należy podać następujące dane:

1) oznaczenie zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.