

**ŚWIADECTWO ZDROWIA** Nr .....

(Medical Health Certificate)

(No)

(Gesundheitszeugnis)

**Nazwisko i imię** .....

(Last and first name)

(Nach- und Vorname)

**Data urodzenia** ..... **Płeć:**  **mężczyzna**  **kobieta**

(Date of birth)

(sex)

(male)

(female)

(Geburtsdatum)

(geschlecht)

(männlich)

(weiblich)

**Stanowisko / zawód** .....

(Position / occupation)

(Anstellung / Beruf)

**Adres zamieszkania**

.....  
(Home address)

(Anschrift)

**Numer paszportu / dowodu osobistego** .....

(Passport / identity card No)

(Reisepass-, Personalausweis-Nummer)

**Badanie przeprowadzono zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. ws. warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej (Dz. U. Nr 199 poz. 1949)**

(I have evaluated the above – named examinees according to decree of Minister of Health, dated)

(Die Untersuchung wurde entsprechend dem Beschluss des Gesundheitsministers vom 05. 11. 2003 bez. der gesundheitlichen Anforderungen für Berufsausübung auf Binnenschiffen (Dz. U. Nr 199 poz. 1949) durchgeführt)

**Na podstawie osobistego oświadczenia badanego, przeprowadzonego badania klinicznego oraz wyników badań pomocniczych stwierdzam, że badany jest zdolny/niezdolny do pracy w charakterze:**

(On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and diagnostic test result recorded on the medical examination form, I declare the examinee fit / no fit for duty as:)

(Begründet durch Aussage des Untersuchten, durchgeführte ärztliche Untersuchung bzw. Ergebnisse einer erweiterten Untersuchung stelle ich fest, dass der Untersuchte fähig / unfähig für die Berufsausübung als:)

**Bez ograniczeń**  
(Without restriction)  
(Ohne Einschränkungen)

**Z ograniczeniami**  
(With restriction)  
(Mit Einschränkungen)

**Data ważności świadectwa zdrowia** .....

(Medical certificate's date of expiration)

(Gültigkeit des Gesundheitszeugnisses)

**Podpis i pieczęć lekarza badającego** .....

(Signature and official stamp of medical examiner)

(Unterschrift und Stempel des untersuchenden Arztes)

**Miejsce i data badania** .....

(Place and date of examination)

(Untersuchungsort und -datum)

**Oświadczam, że zostałem zapoznany z treścią wyników badania i świadectwa zdrowia.**

(I acknowledge hereby I have advised of the content of the medical examination form)

(Ich erkläre, dass mir die Untersuchungsergebnisse als auch Inhalt des Gesundheitszeugnisses mitgeteilt wurden)

.....  
**Podpis badanego**

(Examinee's signature)

(Unterschrift des Untersuchten)