



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

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:

.....

o 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:
 Zalecenia:

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 w dniu

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.