

.....
(pieczęć przychodni lub gabinetu lekarskiego)

ŚWIADECTWO ZDROWIA Nr
(Medical Health Certificate) (No)
(Gesundheitszeugnis)

Nazwisko i imię
(Last and first name)
(Nach- und Vornahme)

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 zostało przeprowadzone zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. w sprawie 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 na statkach żeglugi śródlądowej 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:)

kierownik statku **sternik** **bosman** **starszy marynarz** **marynarz** **młodszy marynarz**
master helsman boatswain able-bodied seaman seaman deck hand
Schiffsführer Steuermann Bootsmann Alterer Matrose Matrose Matrose-Junge

mechanik **motorzysta** **marynarz motorzysta** **praktykant**
engineer motorman seaman-motorman apprentice
Maschinist Motorwart Matrosen-Motorwart Matrosenlehrling

przewoźnik **stermotorzysta** **szyper**

Bez ograniczeń **Z ograniczeniami**
(Without restriction) (With restriction)
(Ohne Einschränkungen) (Mit Einschränkungen)

.....
(informacja o ograniczeniach)

Termin ważności świadectwa:
(Medical certificate's date of expiration)
(Gültigkeit des Gesundheitszeugnisses)

Miejsce i data badania
(Place and date of examination)
(Untersuchungsort und -datum)

Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie.....
(Signature and official stamp of medical examiner)
(Unterschrift und Stempel des untersuchenden Arztes)

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)