

WZÓR

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego
indywidualną praktykę lekarską lub
indywidualną specjalistyczną
praktykę lekarską albo pieczęć
grupowej praktyki lekarskiej

.....
.....
(nazwa i adres
jednostki orzeczniczej)

SKIEROWANIE NA BADANIA W CELU ROZPOZNANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Zgłaszam podejrzenie choroby zawodowej i proszę o przeprowadzenie badań w celu rozpoznania choroby zawodowej u osoby:

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia 3. Numer ewidencyjny PESEL
4. Miejsce zamieszkania:
-
5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny^{*)}
6. Aktualny zakład pracy (dotyczy pracownika):
Pełna nazwa:
-
- Numer identyfikacyjny REGON:
- Adres zakładu pracy:
-
7. Wywiad zawodowy: ^{**)}

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

8. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:
Pełna nazwa pracodawcy/zakładu pracy
-
- Adres zakładu pracy:
-
- Numer identyfikacyjny REGON:
9. Stanowisko pracy, wydział, oddział:
-

10. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):

.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych^{*)}
2. Wyniki badań dodatkowych^{*)}
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych^{*)}

Otrzymują do wiadomości (bez załączników):

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w
2. Okręgowy Inspektor Pracy w

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

^{**)} W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.