

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

SKIEROWANIE NA BADANIA W CELU ROZPOZNANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Na podstawie przesłanego zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań w celu rozpoznania choroby zawodowej u osoby:

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

| Okres 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):
.....
11. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:
.....
.....

.....
.....
panstwowego powiatowego inspektora sanitarnego

Otrzymują do wiadomości:

1. Okręgowy Inspektor Pracy w
2. Osoba zgłaszająca podejrzenie choroby zawodowej

*) Niepotrzebne skreślić

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