

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/ 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):

.....
.....

.....
(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.