

SKIEROWANIE NA BADANIA W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ

DO
Nazwa i adres jednostki orzeczniczej

W związku z podejrzeniem choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań i wydanie orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania u osoby:

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada
5. Aktualna sytuacja zawodowa: PRACOWNIK / EMERYT / RENCISTA / BEZROBOTNY**
Inna forma wykonywanej pracy
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)
Pełna nazwa:
.....
Adres:
.....
Numer ewidencyjny REGON

7. Wywiad zawodowy **

OKRESY ZATRUDNIENIA OD – DO	STANOWISKO PRACY	PRACODAWCA	CHARAKTERYSTYKA NARAŻENIA (czynniki szkodliwe/uciążliwe)

8. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie
-
-

9. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.

.....

10. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:

.....
.....
.....

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

.....

12. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej:

Pełna nazwa:

.....

Adres:

.....

Numer identyfikacyjny REGON

13. Stanowisko pracy, wydział, oddział

14. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności)

.....
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza lub lekarza dentystry

Załączniki:

- 1) Dokumentacja badań profilaktycznych*
- 2) Wyniki badań dodatkowych*
- 3) Wyniki konsultacji specjalistycznych*
- 4) Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej*

* Niepotrzebne skreślić

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