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

(pieczęć państwowego inspektora sanitarnego)\*)

**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

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

1. Data i miejsce urodzenia

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

1. Adres zamieszkania

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

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

1. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada

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

5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny\*\*)

Inna forma wykonywania pracy

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

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa

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

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

Adres .........................................................................................................................................

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

Numer identyfikacyjny REGON ..........................................................................................................................................

7. Wywiad zawodowy\*\*\*)

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

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 §11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - 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 państwowego inspektora sanitarnego)\*)

Załącznik:

Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej

\_\_\_\_\_\_

\*) Przez państwowego inspektora sanitarnego należy rozumieć państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

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