

.WZÓR.

.....  
.....  
(pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

**Skierowanie na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**  
**do** .....

W związku z podejrzeniem choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań i wydanie orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej albo 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 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)

- 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<sup>1</sup>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, w którym wystąpiło narażenie zawodowe 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 dentysty)

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, tabele wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.