

Pieczęć zakładu
 opieki zdrowotnej
 albo lekarza wykonującego
 indywidualną praktykę lekarską lub
 indywidualną specjalistyczną
 praktykę lekarską albo pieczęć (nazwa i adres
 grupowej praktyki lekarskiej 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 urodzenia3. Numer ewidencyjny PESEL
4. Miejsce zamieszkania:

5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/ emeryt/ rencista/
 bezrobotny^{*)}
6. Aktualny zakład pracy (dotyczy pracownika):
 Pełna nazwa:

 Numer identyfikacyjny REGON:
 Adres zakładu pracy:

7. Wywiad zawodowy:^{**)}

Okresy 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.