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

(pieczęć podmiotu wykonującego  
 działalność leczniczą)

**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 ..............................................................................................................

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

1. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada ...........................................................................
2. Aktualna sytuacja zawodowa pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny\*)

Inna forma wykonywania pracy ..........................................................................................

1. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)  
   Pełna nazwa ........................................................................................................................

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

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

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

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

1. Wywiad zawodowy \*\*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okresy zatrudnienia od - do | Stanowisko pracy | Pracodawca | Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie .............................................

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

1. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie [art. 237 § 1 pkt 3-6](https://sip.lex.pl/#/dokument/16789274?cm=DOCUMENT#art(237)par(1)pkt(3)) i [§ 11](https://sip.lex.pl/#/dokument/16789274?cm=DOCUMENT#art(237)par(1(1))) ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

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

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

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

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

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

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

Pełna nazwa ..........................................................................................................................

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

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

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

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

1. Stanowisko pracy, wydział, oddział .....................................................................................

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

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