

.....  
(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 .....
4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....
5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny\*<sup>)</sup>  
Inna forma wykonywania pracy .....
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)  
Pełna nazwa .....
- Adres .....
- Numer identyfikacyjny REGON .....
7. Wywiad zawodowy\*\*<sup>)</sup>

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 § 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, 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<sup>\*)</sup>
2. Wyniki badań dodatkowych<sup>\*)</sup>
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych<sup>\*)</sup>
4. Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej<sup>\*)</sup>

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.

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