

## WZÓR

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
albo lekarza wykonującego  
indywidualną praktykę lekarską lub  
indywidualną specjalistyczną  
praktykę lekarską albo pieczęć  
grupowej praktyki lekarskiej

.....  
.....  
(nazwa i adres 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 urodzenia ..... 3. 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<sup>\*)</sup>
2. Wyniki badań dodatkowych<sup>\*)</sup>
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych<sup>\*)</sup>

Otrzymują do wiadomości (bez załączników):

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w .....
2. Okręgowy Inspektor Pracy w .....

---

<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.