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

(pieczęć państwowego inspektora   
sanitarnego)\*)

**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) | Dane o narażeniu (wyniki pomiarów) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 .....................................................................................
2. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności) ..........................

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

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

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

Data ................................. ..........................................................................................

(podpis i pieczęć państwowego inspektora sanitarnego)\*)

Załącznik:

Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej

\_\_\_\_\_\_

\*) Przez państwowego inspektora sanitarnego należy rozumieć państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie [art. 20 ust. 2](https://sip.lex.pl/#/dokument/16791823?cm=DOCUMENT#art(20)ust(2)) ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

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