WZÓR

………………………………………….

(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) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 § 11 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 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 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), 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.