

.....
(oznaczenie 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. Numer ewidencyjny PESEL lub data urodzenia (*jeżeli PESEL nie został nadany*)

.....

3. Adres zamieszkania

.....

.....

4. Dane identyfikacyjne podmiotu kierującego na badanie (nazwa, adres)

.....

.....

.....

5. Pełna nazwa choroby zawodowej z wykazu chorób zawodowych, której dotyczy podejrzenie

.....

.....

.....

6. Pozycja podejrzonej choroby zawodowej 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

.....

Data

.....

(podpis i pieczęć lekarza albo oznaczenie
i podpis lekarza kierującego na badania

w związku z podejrzeniem choroby zawodowej)