*Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.(Dz.U. 2013, poz. 1379).*

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

(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\*)

Inna forma wykonywania pracy ......................................................................................................................

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa ....................................................................................................................................................

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

Adres ...............................................................................................................................................................

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

Numer identyfikacyjny REGON .....................................................................................................................

7. Wywiad zawodowy\*\*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okresy zatrudnienia  od – do | Stanowisko pracy | Pracodawca | Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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 lekarza lub lekarza dentysty)

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych\*)

2. Wyniki badań dodatkowych\*)

3. Wyniki konsultacji specjalistycznych\*)

4. Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej\*)

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

\*) Niepotrzebne skreślić.

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