

.....  
(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.....  
.....
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<br>od - do | Stanowisko pracy | Pracodawca | Charakterystyka narażenia<br>(czynniki szkodliwe/<br>uciążliwe) | Dane o narażeniu<br>(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 §1<sup>1</sup> 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, 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.