**Załącznik nr 2**

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

(pieczęć podmiotu wykonującego

działalność leczniczą albo nazwa i adres tego podmiotu)

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

1. 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) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

8. 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 i §11 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 ….......................................................................................................

13. Stanowisko pracy, wydział, oddział …….......................................................................................

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

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

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

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

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

(podpis i pieczęć lekarza lub lekarza dentysty albo oznaczenie lekarza lub lekarza dentysty oraz podpis*)*

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.