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

(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) | 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 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.