

.....
 (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 § 1 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.