

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza wykonującego  
indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną  
praktykę lekarską albo pieczęć grupowej praktyki lekarskiej

.....  
nazwa i adres jednostki orzeczniczej

## SKIEROWANIE NA BADANIA W CELU ROZPOZNANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Zgłaszam podejrzenie choroby zawodowej i proszę o przeprowadzenie badań w celu rozpoznania choroby zawodowej u osoby:

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia ..... 3. Numer ewidencyjny PESEL .....
4. Miejsce zamieszkania .....
5. Aktualna sytuacja zawodowa : pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny \*)
6. Aktualny zakład pracy (dotyczy pracownika):  
Pełna nazwa: .....  
Numer identyfikacyjny REGON: .....  
Adres zakładu pracy: .....
7. Wywiad zawodowy: \*\*)

Okresy zatrudnienia (od – do)	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe, uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

8. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie: .....
9. Pozycja w wykazie chorób zawodowych .....
10. Choroby współistniejące: .....
11. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:  
Pełna nazwa pracodawcy / zakładu pracy: .....  
Adres zakładu pracy: .....  
Numer identyfikacyjny REGON: .....
12. Stanowisko pracy, wydział, oddział: .....
13. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności): .....

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych \*)
2. Wyniki badań dodatkowych \*)
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych \*)

Otrzymują do wiadomości (bez załączników):

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w .....
2. Okręgowy Inspektor Pracy w .....

\*) niepotrzebne skreślić

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