

WZÓR

.....

(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 § 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

