

Pieczęć zakładu  
 opieki zdrowotnej  
 albo lekarza wykonującego  
 indywidualną praktykę lekarską lub .....  
 indywidualną specjalistyczną .....  
 praktykę lekarską albo pieczęć (nazwa i adres  
 grupowej praktyki lekarskiej 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. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:  
 Pełna nazwa pracodawcy/zakładu pracy .....  
 .....  
 Adres zakładu pracy: .....  
 .....  
 Numer identyfikacyjny REGON: .....

9. Stanowisko pracy, wydział, oddział: .....
- .....
10. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):
- .....
- .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych<sup>\*)</sup>
2. Wyniki badań dodatkowych<sup>\*)</sup>
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych<sup>\*)</sup>

Otrzymują do wiadomości (bez załączników):

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

---

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>\*\*)</sup> W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.