

.....  
(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 posiad.....
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<sup>1</sup> 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 dentyisty)

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych<sup>\*)</sup>
2. Wyniki badań dodatkowych<sup>\*)</sup>
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych<sup>\*)</sup>
4. Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej<sup>\*)</sup>

\*) Niepotrzebne skreślić.

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