

## 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 § 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 dentystry)

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.