



AKAMED – STOMATOLOGIA RODZINNA I MEDYCYNA PRACY
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
61-579 POZNAŃ ul. PRZEMYSŁOWA 11
tel. 61 835-22-01
NIP 779 – 20 – 82 – 140 REGON 639641017
nr konta: PKO BP III Oddział Poznań 53 1020 4027 0000 1002 0042 2105

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

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):

.....

.....

.....

11. Pełna nazwa choroby zawodowej której dotyczy zgłoszenie:.....

.....

.....

12. Pozycja w wykazie chorób zawodowych:.....

Określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002r w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzeń, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz.U.Nr.132.poz.1115).

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.