

.....
(Oznaczenie pracodawcy)

.....
(Miejscowość)

.....
(Data)

Skierowanie na badania lekarskie

- Wstępne Okresowe Kontrolne
 Badanie do książeczki sanitarno-epidemiologicznej Orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych

DANE PRACOWNIKA

Działając na podstawie art. 229 §4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz.1666), kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią*

Nr PESEL*

Zamieszkałego/zamieszkałą

Zatrudnionego/zatrudnioną* lub podejmującego/podejmującą* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy:

.....
.....

Określenie stanowiska/stanowisk* pracy***

.....

NARAŻENIA NA STANOWISKU PRACY

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach –należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia****:

I. Czynniki fizyczne

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hałas
powyżej NDN poniżej NDN | <input type="checkbox"/> Promieniowanie podczerwone |
| <input type="checkbox"/> Wibracja miejscowa - kończyny górne
powyżej NDN poniżej NDN | <input type="checkbox"/> Promieniowanie laserowe |
| <input type="checkbox"/> Ultradźwięki | <input type="checkbox"/> Obsługa monitora ekranowego
<input type="checkbox"/> do 4 godzin dziennie
<input type="checkbox"/> powyżej 4 godzin dziennie |
| <input type="checkbox"/> Pole elektromagnetyczne | <input type="checkbox"/> Mikroklimat gorący |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące: kat. A | <input type="checkbox"/> Mikroklimat zimny |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące: kat. B | <input type="checkbox"/> Zwiększone ciśnienie atmosferyczne |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie nadfioletowe | <input type="checkbox"/> Obniżone ciśnienie atmosferyczne |

II. Pyły

- Pył przemysłowy: jaki?
powyżej NDS poniżej NDS

III. Czynniki chemiczne

- Związki chemiczne (nazwy substancji chemicznych, a nie preparatów): jakie?

IV. Czynniki biologiczne

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Materiał zakaźny | <input type="checkbox"/> Prątki gruźlicy |
| <input type="checkbox"/> wirus zapalenia wątroby typ B (HBV) | <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi |
| <input type="checkbox"/> wirus zapalenia wątroby typ C (HCV) | <input type="checkbox"/> Grzyby, pleśnie |
| <input type="checkbox"/> ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV) | |
| <input type="checkbox"/> Inne szkodliwe czynniki biologiczne | |

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niekorzystne czynniki psychospołeczne | <input type="checkbox"/> Obsługa wózków widłowych wysokounoszących |
| <input type="checkbox"/> stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi | <input type="checkbox"/> Obsługa wózków niskounoszących |
| <input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością | <input type="checkbox"/> Obsługa ciężkiego sprzętu budowlanego |
| <input type="checkbox"/> narażenie życia | <input type="checkbox"/> koparki |
| <input type="checkbox"/> monotonia pracy | <input type="checkbox"/> koparko – ładowarki |
| <input type="checkbox"/> Praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej | <input type="checkbox"/> żurawia |
| <input type="checkbox"/> Praca na wysokości | <input type="checkbox"/> suwnicy |
| <input type="checkbox"/> do 3 metrów | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów | <input type="checkbox"/> Obsługa maszyn w ruchu |
| <input type="checkbox"/> praca na masztach/wieżach | <input type="checkbox"/> osłoniętych |
| <input type="checkbox"/> Praca w wykopach (doły, rowy) | <input type="checkbox"/> nieosłoniętych |
| <input type="checkbox"/> do 3 metrów | <input type="checkbox"/> Praca w słuchawkach |
| <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów | <input type="checkbox"/> Praca nocna |
| <input type="checkbox"/> Prace z bronią | <input type="checkbox"/> Kierowanie pojazdem do 3,5 tony |
| <input type="checkbox"/> Kierowanie samochodem prywatnym do celów służbowych kat. B | <input type="checkbox"/> Kierowanie pojazdem powyżej 3,5 tony |
| <input type="checkbox"/> Kierowanie samochodem służbowym kat. B | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> Kierowca samochodu uprzywilejowanego | |
| <input type="checkbox"/> Praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego | |

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
Podpis pracodawcy

JAK SKRÓCIĆ OCZEKIWANIE DO LEKARZA

1. Nie zwlekaj z wykonaniem badań na koniec miesiąca.
2. **Na badania profilaktyczne obowiązuje rejestracja telefoniczna - tel. 81 536 15 15 lub online na stronie luxmedlublin.pl.**
3. Jeśli nosisz okulary lub soczewki na badania profilaktyczne zabierz ze sobą:
 - okulary lub odpis z aktualnych szkielek, które nosisz,
 - w przypadku soczewek -własny płyn i pojemnik , umożliwiający zdjęcie soczewek na czas badania.
4. Jeśli chcesz wykonać badania kontrolne (po zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni) musisz posiadać "Zaświadczenie lekarskie" o zakończeniu leczenia przeprowadzającego lekarza.
5. Rencista i osoba posiadająca stopień niepełnosprawności, musi posiadać "Zaświadczenie lekarskie" (od lekarza rodzinnego lub specjalisty) informujące z powodu jakich schorzeń osoba uzyskała orzeczenie o rencie lub stopniu niepełnosprawności.

OBJAŚNIENIA

* Niepotrzebne skreślić.** W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

*** Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.

**** Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1. Wydane na podstawie:a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. –Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,b) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. –Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najważniejszych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,e)art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego.
2. Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067).

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

BADANIE PODMIOTOWE (OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA)

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony / zawód wykonywany
	Pesel			

Numer telefonu domowego / komórkowego	Numer telefonu do pracy
---------------------------------------	-------------------------

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK		Wzrost	
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką? Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/	Waga	
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy? Z jakiego powodu?	Adres lekarza rodzinnego	
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy? Skutki wypadku		
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy? Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)		
Orzeczono stopień niepełnosprawności?			Kiedy? Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)		

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
--	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis		
Urazy czaszki					
Urazy układu ruchu					
Omdlenia					
Padaczka					
Inne choroby układu nerwowego					
Choroby psychiczne					
Cukrzyca					
Choroby narządu słuchu / głosu					
Choroby narządu wzroku					
Choroby układu krwiotwórczego					
Choroby układu krążenia					
Choroby układu oddechowego					
Choroby układu pokarmowego					
Choroby układu moczowo-płciowego					
Choroby układu ruchu					
Choroby skóry / uczulenia					
Choroby zakaźne / pasożytnicze					
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)					
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)				Jakie?	
Inne problemy zdrowotne?				Jakie?	
Palenie tytoniu			Obecnie: ile sztuk dziennie? W przeszłości: ile lat?		
Inne używki					
Osobista ocena stanu zdrowia - zaznacz	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przeżył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?			

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe