



REJESTRACJA TELEFONICZNA

Centrum Medycyny Pracy Sp. z o.o.
ul. Wigilijna 2a, 20-502 Lublin

0-690-060-545

pon. 7.30-15.00 czw. 7.30-15.00
wt. 7.30-15.00 piąt. 7.30-15.00
śr. 7.30-15.00

.....
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(miejscowość i data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

wstępne/okresowe/kontrolne

badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych*

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią

*

.....
(imię i nazwisko)

nr PESEL **

zamieszkałego/zamieszkałą *

.....
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną* lub podejmującego/podejmującą* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....
określenie stanowiska/stanowisk* 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, pomiary | <input type="checkbox"/> Wibracja: <input type="checkbox"/> miejscowa <input type="checkbox"/> ogólna |
| <input type="checkbox"/> Pole elektromagnetyczne..... | <input type="checkbox"/> Mikroklimat gorący..... |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące..... | <input type="checkbox"/> Mikroklimat zimny..... |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie podczerwone..... | <input type="checkbox"/> Zwiększone/obniżone ciśnienie atmosferyczne.... |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie nadfioletowe..... | <input type="checkbox"/> Promieniowanie widzialne..... |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie laserowe..... | <input type="checkbox"/> Inne:..... |

II. Pyły:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pyły nieorganiczne – rodzaj..... | <input type="checkbox"/> Pyły organiczne – rodzaj..... |
| Pomiary..... | Pomiary..... |

III. Czynniki chemiczne:

Rodzaj:.....
.....

IV. Czynniki biologiczne:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wirus zapalenia wątroby typu B | <input type="checkbox"/> Pałeczki brucella abortus bovis |
| <input type="checkbox"/> Wirus zapalenia wątroby typu C | <input type="checkbox"/> Promieniowce termofilne, grzyby pleśniowe o działaniu uczulającym |
| <input type="checkbox"/> Ludzki wirus niedoboru odporności HIV | <input type="checkbox"/> Inne:..... |

V. **Inne czynniki, w tym niebezpieczne:**

Niekorzystne czynniki psychospołeczne:

- Zagrożenia wynikające z pracy na stanowiskach decyzyjnych
- Zagrożenia wynikające ze stałego dopływu informacji
- Zagrożenia wynikające z narażenia życia
- Zagrożenia wynikające z monotonii pracy

Praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej

- Obsługa wózków jezdniowych z napędem silnikowym, podestów ruchomych, żurawi wieżowych, suwnic i inne
- Kierowanie pojazdem silnikowym do celów służbowych kategorii:
- Kierowanie pojazdem silnikowym powyżej 3,5 tony
- Kierowanie pojazdem uprzywilejowanym

Inne

- Praca przy monitorze ekranowym.....
- Praca zmianowa Praca w nocy
- Praca na wysokości poniżej 3m powyżej 3m
- Praca poniżej gruntu do 3m poniżej 3m
- Praca fizyczna z wydatkiem energetycznym:
Kobiety do 1000kcal powyżej 1000kcal Mężczyźni do 1500kcal powyżej 1500kcal
- Dźwiganie ciężarów.....
- Praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego
- Praca z bronią
- Inne.....

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

.....
(podpis pracodawcy)

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 wykonywania.

**** 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 (1) § 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 najwyższych 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. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.)

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