......................................................................................

 (oznaczenie 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. Numer ewidencyjny PESEL lub data i miejsce urodzenia (jeżeli PESEL nie został nadany)

 ..................................................................................................................................................................

3. Adres zamieszkania ...............................................................................................................................

 ..................................................................................................................................................................

 …………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………

4. Dane identyfikacyjne podmiotu kierującego na badanie (nazwa, adres)

 …………………………………………………..……………………………………...……………………………………………………………….

 ………………………………………………….……………………………………...………………………………………………………...…..…

 ………………………………………………….……………………………………...………………………………………………………..………

5. Pełna nazwa choroby zawodowej z wykazu chorób zawodowych, której dotyczy podejrzenie

...................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………...………………………………..………………...………..

……………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

6. Pozycja podejrzewanej choroby zawodowej w wykazie chorób zawodowych, określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

...................................................................................................................................................................

Data .......................................... …………...........................................................

(podpis i pieczęć lekarza albo oznaczenie i podpis lekarza kierującego na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej)