

Pieczętka firmy

Data i miejsce

### Skierowanie na badanie profilaktyczne - MEDYCYNA PRACY

Kierujemy na badanie:

- wstępne       okresowe       kontrolne       końcowe

PESEL:

NIP Pracownika:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania (ulica, kod, miasto):

Tel. domowy:

Tel. komórkowy:

E-mail:

która / który:  będzie       jest zatrudniony(-na) stanowisku / ach

**Charakter pracy:**

- biurowa       fizyczna- proszę określić ciężkość (ciężka/średniociężka, wymagająca podnoszenia ciężarów - max ilość kg.)
- wymuszona pozycja ciała       inny charakter pracy:

**Opis stanowiska pracy**  
Krótki opis technologii lub rodzaju produkcji, lokalizacja stanowiska pracy, elementy wyposażenia, podstawowe czynności i sposób oraz czas ich wykonywania

#### Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące na stanowisku pracy

1. Niekorzystne czynniki psychospołeczne:  stanowisko decyzyjne       monotonia pracy       narażenie życia
2. Komputer:  ilość godzin
3. Kierowanie:  samochodem (kategoria)        wózkiem widłowym       maszyną w ruchu
4. Praca zmianowa:  nocna
5. Praca na wysokości:  do 3 metrów       powyżej 3 metrów
6. Hałas:  ilość godzin pracy w hałasie  natężenie
7. Wibracja:  miejscowa       ogólna      pomiary
8. Mikroklimat:  gorący       zimny
9. Czynniki chemiczne:  wymienić jakie:
- czas pracy       stężenie
10. Pyły:  wymienić jakie:
11. Czynniki biologiczne:  HBV       HCV       HIV       inne
12. Dźwiganie ciężarów  ile kilogramów
13. Promieniowanie:  jonizujące       nadfioletowe       laser       podczerwone       elektromagnetyczne
14. Inne:  wymiwnić jakie:

Nie występują czynniki szkodliwe.

**Na ww. stanowisku wymagane jest badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych:**

TAK       NIE

Wyniki dotychczasowych badań środowiska pracy (jeśli były wykonane)

Nie były wykonywane

podpis i pieczętka kierownika działu lub specjalisty BHP

#### Zakład pracy ponosi odpowiedzialność za treść skierowania na badania profilaktyczne (Dz.U. Nr69 z 1996 par. 4)

| Usługi:                                | Wykonano | Usługi:                                     | Wykonano |
|--|----------|---|----------|
| Konsultacja lek. med. pracy - standard |          | Mocz - badanie ogólne                       |          |
| Konsultacja okulisty - med. pracy      |          | OB.   |          |
| Konsultacja dermatologa - med. pracy   |          | Morfologia                                  |          |
| Konsultacja laryngologa - med. pracy   |          | Glukoza                                     |          |
| Konsultacja neurologa - med. pracy     |          | Cholesterol                                 |          |
| Konsultacja alergologa - med. pracy    |          | Badania psychotechniczne                    |          |
| Rtg klatki piersiowej - PA             |          | Spirometria                                 |          |
| EKG spoczynkowe                        |          | Audiometria tonalna                         |          |
| Inne (jakie?)                          |          | <b>Data ważności wydanego zaświadczenia</b> |          |

**Podpis, data i pieczętka Lekarza z Placówki Medycznej :**