

miejsowość, data .....

.....  
Pieczętka zakładu pracy z REGONEM

**Skierowanie na badania profilaktyczne\*  
do Regionalnego Centrum Zdrowia**

**Kierujemy na badania:**

wstępne     okresowe     kontrolne     końcowe     celowane

Imię i nazwisko pracownika:	
PESEL:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	
tel. kontaktowy:	
Stanowisko pracy**:	

**Informacje dotyczące warunków pracy i narażeń zawodowych:**

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

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące na stanowisku pracy	
1. Niekorzystne czynniki psychosocjalne:	<input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne <input type="checkbox"/> monotonia pracy <input type="checkbox"/> narażenie życia
2. Komputer:	<input type="checkbox"/> ilość godzin .....
3. Kierowanie:	<input type="checkbox"/> samochodem (kategoria) ..... <input type="checkbox"/> wózkiem widłowym <input type="checkbox"/> maszyną w ruchu
4. Praca zmianowa:	<input type="checkbox"/> nocna
5. Praca na wysokości:	<input type="checkbox"/> do 3 metrów <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów
6. Hałas:	<input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie ..... natężenie .....
7. Wibracja:	<input type="checkbox"/> miejscowa <input type="checkbox"/> ogólna    pomiary .....
8. Mikroklimat:	<input type="checkbox"/> gorący <input type="checkbox"/> zimny
9. Czynniki chemiczne:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie ..... czas pracy ..... stężenie .....
10. Pyły:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie .....
11. Czynniki biologiczne:	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> inne .....
12. Dźwiganie ciężarów	<input type="checkbox"/> ile kilogramów .....
13. Promieniowanie:	<input type="checkbox"/> jonizujące <input type="checkbox"/> nadfioletowe <input type="checkbox"/> laser <input type="checkbox"/> podczerwone <input type="checkbox"/> elektromagnetyczne
14. Inne:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie: .....
15. NIE WYSTĘPUJĄ	

\*Zakład pracy ponosi odpowiedzialność za treść skierowania na badania profilaktyczne.

\*\*Proszę wskazać dwa lub więcej stanowisk pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu.

\*\*\*W przypadku występowania na stanowisku lub stanowiskach pracy wymienionych warunków uciążliwych lub/i czynników szkodliwych dla zdrowia należy umieścić i wypełnić w skierowaniu odpowiednie pozycje określone poniżej. W razie nie występowania na stanowisku lub stanowiskach pracy narażeń zawodowych należy umieścić informację: „warunki uciążliwe i czynniki szkodliwe nie występują”.

.....  
Podpis i pieczętka osoby kierującej