

.....
(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, o ile posiada:.....

3. Adres zamieszkania:.....

.....

5. Dane identyfikacyjne podmiotu kierującego na badanie:.....

.....

.....

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

.....

.....

7. Pozycja 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 badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej)