

# SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

wstępne /  okresowe /  kontrolne

Miejscowość, data:

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana  Panią

Nr PESEL\*\*/ Data urodz. ....

Ulica Imię i nazwisko

Nr domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy  -

Nr telefonu   
pole nieobowiązkowe

Adres e-mail   
pole nieobowiązkowe

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\*\*\*\*):

## 1. CZYNNIKI FIZYCZNE

|  |                |                      |         |                      |  |                |                      |         |                      |
|--|----------------|----------------------|---------|----------------------|--|----------------|----------------------|---------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Drgania miejscowe (wibracja) na kończynie górne | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Promieniowanie nadfioletowe (UV)                | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Drgania (wibracja) ogólne                       | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Promieniowanie podczerwone (IR)                 | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hałas   | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Promieniowanie laserowe                         | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hałas ultradźwiękowy                            | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Mikroklimat gorący                              | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| Promieniowanie jonizujące <input type="checkbox"/> kat. A                | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Mikroklimat zimny                               | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> kat. B  | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Zwiększone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pola elektromagnetyczne                         | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Inne.....                                       |                |                      |         |                      |

## 2. PYŁY

|   |                      |                |                      |         |                      |
|---|----------------------|----------------|----------------------|---------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> wymienić jakie | <input type="text"/> | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> wymienić jakie | <input type="text"/> | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> wymienić jakie | <input type="text"/> | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> wymienić jakie | <input type="text"/> | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |

## 3. CZYNNIKI CHEMICZNE

|   |                      |                |                      |         |                      |
|---|----------------------|----------------|----------------------|---------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> wymienić jakie | <input type="text"/> | czas narażenia | <input type="text"/> | pomiary | <input type="text"/> |
|---|----------------------|----------------|----------------------|---------|----------------------|

## 4. CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)  Wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)  Ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV)

Inne szkodliwe czynniki biologiczne

# SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE



MEDICOVER

Pani  
 Pan\*  
Imię i nazwisko

Nr PESEL\*\*/ Data urodz. ....

## 5. INNE CZYNNIKI, W TYM NIEBEZPIECZNE

Obsługa monitora ekranowego czas narażenia

Niekorzystne czynniki psychospołeczne  stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi  narażenie życia  
 stanowisko decyzyjne związane z odpowiedzialnością  monotonia pracy

Kierowanie wózkiem widłowym / urządzeniami podnośnikowymi do 1,6 m  powyżej 1,6 m

Obsługa narzędzi, maszyn, urządzeń, ciężkiego sprzętu budowlanego i pojazdów poruszających się poza drogami publicznymi rodzaj

Kierowanie pojazdem samochodowym kategoria

Praca wymagająca sprawności psychoruchowej rodzaj

Praca na wysokości do 3 metrów  powyżej 3 metrów  Praca na masztach/wieżach

Praca poniżej poziomu gruntu (np. wykopy) do 3 metrów  poniżej 3 metrów

Praca zmianowa Praca nocna

Dźwiganie (kg) / Praca fizyczna (wydatek energetyczny)

Praca w wymuszonej pozycji  Praca wymagająca ruchów monotypowych kończyn  Praca w słuchawkach (w zestawach słuchawkowych)

Praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego

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. 2221 § 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 2021 r. poz. 1941 oraz z 2022 r. poz.974) dotyczące wskaźników pozwalających na wyznaczenie dawek promieniowania jonizującego, stosowanych przy ocenie narażenia na promieniowanie jonizujące,  
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. z 2023 r. poz. 607).

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

przeznaczone do realizacji  W Centrum Medicover  W placówkach współpracujących z Medicover

W celu umówienia badań Medycyny Pracy w Centrum Medicover skontaktuj się z Infolinia Medycyny Pracy 500 900 700 lub wypełnij formularz kontaktowy na stronie [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl). W celu umówienia badań Medycyny pracy w placówkach współpracujących z Medicover skontaktuj się bezpośrednio z wybraną placówką. Dane kontaktowe do placówki znajdziesz na stronie <https://www.medicover.pl/placowki>

Do celów administracyjnych – wypełnia placówka współpracująca z Medicover

|   | Do wykonania |
|---|--------------|
| Konsultacja lek. med. pracy – standardowa |              |
| Konsultacja okulisty – med. pracy         |              |
| Konsultacja laryngologa – med. pracy      |              |
| Konsultacja neurologa – med. pracy        |              |
| Spirometria                               |              |
| Audiometria tonalna                       |              |
| EKG spoczynkowe                           |              |
| Inne (jakie)                              |              |

Data ważności wydanego orzeczenia

Prosimy o wydrukowanie i przekazanie niniejszego skierowania Pracownikowi w trzech egzemplarzach.