

# SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

wstępne /  okresowe /  kontrolne

Miejscowość, data:

Oznaczenie pracodawcy

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), 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		pomiary		<input type="checkbox"/> Promieniowanie nadfioletowe (UV)	czas narażenia		pomiary	
<input type="checkbox"/> Drgania (wibracja) ogólne	czas narażenia		pomiary		<input type="checkbox"/> Promieniowanie podczerwone (IR)	czas narażenia		pomiary	
<input type="checkbox"/> Hałas zwykły	czas narażenia		pomiary		<input type="checkbox"/> Promieniowanie laserowe	czas narażenia		pomiary	
<input type="checkbox"/> Hałas ultradźwiękowy	czas narażenia		pomiary		<input type="checkbox"/> Mikroklimat gorący	czas narażenia		pomiary	
Promieniowanie jonizujące <input type="checkbox"/> kat. A	czas narażenia		pomiary		<input type="checkbox"/> Mikroklimat zimny	czas narażenia		pomiary	
<input type="checkbox"/> kat. B	czas narażenia		pomiary		<input type="checkbox"/> Zwiększone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne	czas narażenia		pomiary	
<input type="checkbox"/> Pola elektromagnetyczne	czas narażenia		pomiary		<input type="checkbox"/> Inne.....				

## 2. PYŁY

wymienić jakie		czas narażenia		pomiary	
wymienić jakie		czas narażenia		pomiary	
wymienić jakie		czas narażenia		pomiary	
wymienić jakie		czas narażenia		pomiary	

## 3. CZYNNIKI CHEMICZNE

wymienić jakie		czas narażenia		pomiary	
----------------	--	----------------	--	---------	--

## 4. CZYNNIKI BIOLOGICZNE

<input type="checkbox"/> Wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)	<input type="checkbox"/> Wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)	<input type="checkbox"/> Ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV)
<input type="checkbox"/> Inne szkodliwe czynniki biologiczne		

# SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE



**MEDICOVER**

Pani  Pan\*

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 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:

**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 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego; 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 2016 r. poz. 2067)

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)	

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