|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |  |
|  | *Oznaczenie pracodawcy* |  |  |  | *Miejscowość, data* |  |
|  |
| Skierowanie na badania lekarskie |
|  | wstępne |   | okresowe |   | kontrolne |   | ` |
|  |
|  |
| 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\*)**  |   |  |
|  |  (imię i nazwisko) |
| **Nr PESEL\*\*)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia: |   |  |
|  |
| **zamieszkałego/zamieszkałą\*)** |
|  |
| Ulica, numer domu i lokalu |   |
|  |
| Miejscowość |   | Kod pocztowy |   |
|  |
| Telefon (pole nieobowiązkowe) |   |  Adres email (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\*\*\*\*): |
| **I Czynniki fizyczne:** |
|  |
| Hałas |  | ilość godzin pracy w hałasie |   | natężenie | .  |
|  |
| Wibracja |  | miejscowa |  | ogólna | pomiary | .  |
|  |
| Promieniowanie |  | jonizujące |  | nadfioletowe |  | laser |  | podczerwone |  | elektromagnetyczne |
|  |
| Mikroklimat |  | gorący |  | zimny |  |
|  |
| **II Pyły przemysłowe:** |
|  |
| Pyły |  | wymienić jakie |   |
|  |
| **III Czynniki chemiczne lub toksyczne:** |
|  |
| Czynniki chemiczne |  | wymienić jakie |   |
|  | czas pracy |   | stężenia |   |
|  |
| **IV Czynniki biologiczne:** |
|  |
| Czynniki biologiczne |  | HBV |  | HCV |  | HIV |  | Inne |   |
|  |
| **V Inne czynniki:** |
| Komputer |  | ilość godzin |   |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Niekorzystne czynniki psychospołeczne |  | stanowisko decyzyjne |  | monotonia pracy |  | narażenie życia |  |
|  |
| Kierowanie |  | samochodem (kategoria) |   |  |  | wózkiem widłowym |  | maszyną w ruchu |
|  |
| Praca zmianowa |  |  |   | nocna |
|  |
| Praca na wysokości |  | do 3 metrów |  | powyżej 3 metrów |  |
|  |
| Dźwiganie ciężarów |  |  |
|  |
| Inny czynnik |   |
|  |
| Łączna liczba niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub warunków 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 2014 r. poz. 1512 z późn.zm) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego; 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 2016 r. poz. 2067).Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Skierowanie na badania lekarskie****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.****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**](https://www.medicover.pl/placowki) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Do celów administracyjnych – wypełnia placówka współpracująca z Medicover |
|  |
|  | **Data wykonania** |  |  | **Data wykonania** |
| Konsultacja lek. medycyny pracy – standardowa |  |  | Spirometria |  |
| Konsultacja okulisty – med. pracy |  |  | Audiometria tonalna |  |
| Konsultacja laryngologa – med. pracy |  |  | EKG spoczynkowe |  |
| Konsultacja neurologa – med. pracy |  |  | Inne (jakie) |  |
|  |
| Data ważności wydanego zaświadczenia:  |
| **Prosimy o wydrukowanie i przekazanie niniejszego skierowania Pracownikowi w trzech egzemplarzach.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |