

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 2022 r. poz. 1510 z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią

(imię i nazwisko)

Nr PESEL\*)











Data urodzenia:

Ulica, numer domu i lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon (pole nieobowiązkowe)

Adres mail (pole nieobowiązkowe)

 zatrudnionego/zatrudnioną lub  podejmującego/podejmującą pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

] 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 widtowym  maszyną w ruchu  
 Praca zmianowa  praca nocna  
 Praca na wysokości  do 3 metrów  powyżej 3 metrów  
 Dźwiganie ciężarów   
 Inny czynnik .....

łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

Podpis pracodawcy

### Objaśnienia:

\*) 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 przepis:

- 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. 222 § 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.

W Centrum Medicover

przeznaczone do realizacji

 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

	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.**