

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 kończyny 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

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

3. CZYNNIKI CHEMICZNE

<input type="checkbox"/> 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

2.02.2023

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 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 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. 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.