

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*)

(imie i nazwisko)

Nr PESEL**)

Data urodzenia:.....

Ulica, numer domu i lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon (pole nieobowiązkowe)

Adres mail (pole nieobowiązkowe)

lub

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 pomiaru
 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:

*) 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:

- 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,
- art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
- art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
- 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,
- 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.

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.