

**SKIEROWANIE NA BADANIA W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ  
DO WOMP-ZCLIP, UL. BOL. ŚMIAŁEGO 33, 70-347 SZCZECIN  
tel. do rejestracji 91-48-50-058, 91-43-49-170**

W związku z podejrzeniem choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań i wydanie orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania u osoby:

**1. Imię i nazwisko:** .....

**2. Data i miejsce urodzenia:** .....

**3. Adres zamieszkania:** .....

**4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada:** .....

**5. Aktualna sytuacja zawodowa:** pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny\*)  
Inna forma wykonywania pracy.....

**6. Aktualny pracodawca: ( dotyczy pracownika ):**

Pełna nazwa: .....

.....

Adres .....

Numer identyfikacyjny REGON: .....

**7. Wywiad zawodowy:\*\***

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/ uciążliwe)

**8. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie:** .....

.....

**9. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych,  
wydanych na podstawie art. 237 § 2 pkt 3-6 i § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy**

.....

**10. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:**

.....  
.....  
.....

**11. Okres narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:**

.....

**12. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej:**

Pełna nazwa.....  
.....

Adres.....  
.....

Numer identyfikacyjny REGON.....

**13. Stanowisko pracy, wydział, oddział:**.....

.....

**14. Charakterystyka wykonywanej pracy:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Data:** .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza lub lekarza dentysty )

**Załączniki:**

- 1. Dokumentacja badań profilaktycznych\*)
- 2. Wyniki badań dodatkowych\*)
- 3. Wyniki konsultacji specjalistycznych\*)
- 4. Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej\*)

.....  
\*) Niepotrzebne skreślić

\*\*) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.