

.....  
(Oznaczenie pracodawcy)

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data)

## Skierowanie na badania lekarskie

- Wstępne     Okresowe     Kontrolne
- Badanie do książeczki sanitarno-epidemiologicznej     Orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych

### DANE PRACOWNIKA

Działając na podstawie art. 229 §4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 108 z późn. zm.), kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\* .....

Nr PESEL\* .....

Zamieszkałego/zamieszkałą .....

Zatrudnionego/zatrudnioną\* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy:

Określenie stanowiska/stanowisk\* pracy\*\*\* .....

### NARAŻENIA NA STANOWISKU 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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hałas<br>powyżej NDN ..... poniżej NDN .....                               | <input type="checkbox"/> Promieniowanie podczerwone   |
| <input type="checkbox"/> Wibracja miejscowa - kończyny górne<br>powyżej NDN ..... poniżej NDN ..... | <input type="checkbox"/> Promieniowanie laserowe  |
| <input type="checkbox"/> Ultradźwięki   | <input type="checkbox"/> Obsługa monitora ekranowego<br><input type="checkbox"/> do 4 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> powyżej 4 godzin dziennie |
| <input type="checkbox"/> Pole elektromagnetyczne  | <input type="checkbox"/> Mikroklimat gorący   |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące: kat. A  | <input type="checkbox"/> Mikroklimat zimny  |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące: kat. B  | <input type="checkbox"/> Zwiększone ciśnienie atmosferyczne   |
| <input type="checkbox"/> Promieniowanie nadfioletowe  | <input type="checkbox"/> Obniżone ciśnienie atmosferyczne   |

#### II. Pyły

- Pył przemysłowy: jaki? .....  
powyżej NDS ..... poniżej NDS .....

#### III. Czynniki chemiczne

- Związki chemiczne (nazwy substancji chemicznych, a nie preparatów): jakie? .....

#### IV. Czynniki biologiczne

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Materiał zakaźny                                | <input type="checkbox"/> Prątki gruźlicy      |
| <input type="checkbox"/> wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)             | <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi |
| <input type="checkbox"/> wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)             | <input type="checkbox"/> Grzyby, pleśnie      |
| <input type="checkbox"/> ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV) |   |
| <input type="checkbox"/> Inne szkodliwe czynniki biologiczne .....       |   |

#### V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niekorzystne czynniki psychospołeczne                      | <input type="checkbox"/> Obsługa wózków widłowych wysokounoszących |
| <input type="checkbox"/> stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi      | <input type="checkbox"/> Obsługa wózków niskounoszących            |
| <input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością       | <input type="checkbox"/> Obsługa ciężkiego sprzętu budowlanego     |
| <input type="checkbox"/> narażenie życia  | <input type="checkbox"/> koparki                                   |
| <input type="checkbox"/> monotonia pracy  | <input type="checkbox"/> koparko – ładowarki                       |
| <input type="checkbox"/> Praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej          | <input type="checkbox"/> żurawia                                   |
| <input type="checkbox"/> Praca na wysokości   | <input type="checkbox"/> suwnicy                                   |
| <input type="checkbox"/> do 3 metrów  | <input type="checkbox"/> inne .....                                |
| <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów   | <input type="checkbox"/> Obsługa maszyn w ruchu                    |
| <input type="checkbox"/> praca na masztach/wieżach                                  | <input type="checkbox"/> osłoniętych                               |
| <input type="checkbox"/> Praca w wykopach (doły, rowy)                              | <input type="checkbox"/> nieosłoniętych                            |
| <input type="checkbox"/> do 3 metrów  | <input type="checkbox"/> Praca w słuchawkach                       |
| <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów   | <input type="checkbox"/> Praca nocna                               |
| <input type="checkbox"/> Prace z bronią   | <input type="checkbox"/> Kierowanie pojazdem do 3,5 tony           |
| <input type="checkbox"/> Kierowanie samochodem prywatnym do celów służbowych kat. B | <input type="checkbox"/> Kierowanie pojazdem powyżej 3,5 tony      |
| <input type="checkbox"/> Kierowanie samochodem służbowym kat. B                     | <input type="checkbox"/> Inne .....                                |
| <input type="checkbox"/> Kierowca samochodu uprzywilejowanego                       |  |
| <input type="checkbox"/> Praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego |  |

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

.....  
Podpis pracodawcy

### JAK SKRÓCIĆ OCZEKIWANIE DO LEKARZA

1. Nie zwlekaj z wykonaniem badań na koniec miesiąca.
2. **Na badania profilaktyczne obowiązuje rejestracja telefoniczna - tel. 81 536 15 15 lub online na stronie [luxmedlublin.pl](http://luxmedlublin.pl).**
3. **Morfologię i analizę moczu** możesz wykonać w godz. 7.00 - 18.00, a w soboty w godz. 8.00 - 13.00. **Nie musisz być na czczo.**
4. Czekając na wizytę u lekarza możesz **sam wykonać pomiar wagi, wzrostu, ciśnienia** - skorzystaj ze **specjalnego urządzenia** ustawionego na korytarzu na II piętrze.
5. Jeśli chcesz wykonać badania kontrolne (po zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni) musisz posiadać "Zaświadczenie lekarskie" o zakończeniu leczenia przez prowadzącego lekarza.
6. Rencista i osoba posiadająca stopień niepełnosprawności, musi posiadać "Zaświadczenie lekarskie" (od lekarza rodzinnego lub specjalisty) informujące z powodu jakich schorzeń osoba uzyskała orzeczenie o rencie lub stopniu niepełnosprawności.

### 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 wykonania.

\*\*\*\* 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. 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 najważniejszych 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) 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.

## BADANIE PODMIOTOWE ( OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA )

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony / zawód wykonywany
	Pesel			

Numer telefonu domowego / komórkowego	Numer telefonu do pracy
---------------------------------------	-------------------------

Dotychczasowe zatrudnienie / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK		Wzrost	
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/	Waga
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy?	Z jakiego powodu?	Adres lekarza rodzinnego
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy?	Skutki wypadku	
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy?	Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)	
Orzeciono stopień niepełnosprawności?			Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)	

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
--	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis		
Urazy czaszki					
Urazy układu ruchu					
Omdlenia					
Padaczka					
Inne choroby układu nerwowego					
Choroby psychiczne					
Cukrzyca					
Choroby narządu słuchu / głosu					
Choroby narządu wzroku					
Choroby układu krwiotwórczego					
Choroby układu krążenia					
Choroby układu oddechowego					
Choroby układu pokarmowego					
Choroby układu moczowo-płciowego					
Choroby układu ruchu					
Choroby skóry / uczulenia					
Choroby zakaźne / pasożytnicze					
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)					
Wywiad rodzinny ( czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory? )				Jakie?	
Inne problemy zdrowotne?				Jakie?	
Palenie tytoniu			Obecnie: ile sztuk dziennie?      W przeszłości: ile lat?		
Inne używki					
<b>Osobista ocena stanu zdrowia - zaznacz</b>	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakie? Kiedy?			
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?			

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

.....  
data i podpis badanego

.....  
podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe