|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE |  |  Oznaczenie pracodawcy |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wstępne / |  | okresowe / |  | kontrolne |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość, data: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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** |  | **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 lubczynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynnikówszkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. CZYNNIKI FIZYCZNE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Drgania miejscowe(wibracja) na kończynygórne** | czas narażenia |  | pomiary |  |  | **Promieniowanienadfioletowe (UV)** | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Drgania (wibracja)ogólne** | czas narażenia |  | pomiary |  |  |  | **Promieniowaniepodczerwone (IR)** | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Hałas** | czas narażenia |  | pomiary |  |  |  | **Promieniowanielaserowe** | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Hałasultradźwiękowy** | czas narażenia |  | pomiary |  |  |  | **Mikroklimatgorący** | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Promieniowanie jonizujące** |  | **kat. A** | czas narażenia |  | pomiary |  |  |  | **Mikroklimatzimny** | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **kat. B** | czas narażenia |  | pomiary |  |  |  | **Zwiększone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne** | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Polaelektromagnetyczne** | czas narażenia |  | pomiary |  |  |  | **Inne** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. PYŁY** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie |   |  | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie |   |  | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie |   |  | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie |   |  | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. CZYNNIKI CHEMICZNE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wymienić jakie |   |  | czas narażenia |  | pomiary |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. CZYNNIKI BIOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)** |  | **Wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)** |  | **Ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Inne szkodliwe czynniki biologiczne** |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pani** |   |  |  | **Nr PESEL\*\*/Data urodz.** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pan\*** | Imię i nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 narzędzi, 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 poziomugruntu (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 zdrowialub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywaniapracy 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 2023 r. poz. 607).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 wypełnijformularz 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 skierowaniaPracownikowi w trzech egzemplarzach* |  |
|  |  |  |