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

(oznaczenie podmiotu wykonującego

 działalność leczniczą)

**Skierowanie na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**

do ………………………………………………………………………………………………………….

 (nazwa i adres jednostki orzeczniczej)

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. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………...

1. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada ..............................................................................................................

(w przypadku braku nr PESEL – data i miejsce urodzenia)

1. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie: …………………………………………………..

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

1. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 §1 pkt 3-6 i §11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

 ………………………………………………………………………………………………………………………

Data .......................................... ………………………………………………………

(podpis i pieczęć lub oznaczenie lekarza lub lekarza dentysty)