



**AKAMED – STOMATOLOGIA RODZINNA I MEDYCYNA PRACY**  
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
61-579 POZNAŃ ul. PRZEMYSŁOWA 11  
*tel. 61 835-22-01*  
**NIP 779 – 20 – 82 – 140 REGON 639641017**  
*nr konta: PKO BP III Oddział Poznań 53 1020 4027 0000 1002 0042 2105*

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub  
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo pieczęć  
grupowej praktyki lekarskiej

## **SKIEROWANIE NA BADANIA W CELU ROZPOZNANIA CHOROBY ZAWODOWEJ**

Zgłaszam podejrzenie choroby zawodowej i proszę o przeprowadzenie badań w celu  
rozpoznania choroby zawodowej u osoby:

**1.Imię i nazwisko:**.....

**2.Data urodzenia:**.....**3.Numer ewidencyjny PESEL:**.....

**4.Miejsce zamieszkania:**.....

**5.Aktualna sytuacja zawodowa:** pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny\*

**6.Aktualny zakład pracy ( dotyczy pracownika ):**

Pełna nazwa: .....

Numer identyfikacyjny REGON: .....

Adres zakładu pracy: .....

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

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca ( zakład pracy)	Charakterystyka narażenia(czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu wyniki pomiarów

**8. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:**

Pełna nazwa pracodawcy / zakładu pracy: .....

.....

Adres zakładu pracy: .....

.....

Numer identyfikacyjny REGON:.....

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

.....

**10. Charakterystyka wykonywanej pracy ( rodzaj wykonywanych czynności ): .....**

.....

.....

.....

**11. Pełna nazwa choroby zawodowej której dotyczy zgłoszenie:.....**

.....

.....

**12. Pozycja w wykazie chorób zawodowych:.....**

Określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002r w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzeń, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz.U.Nr.132.poz.1115).

**Data:** ..........  
(podpis i pieczęć lekarza )**Załączniki:**

1. Dokumentacja badań profilaktycznych\*
2. Wyniki badań dodatkowych\*
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych\*

**Otrzymują do wiadomości ( bez załączników ):**

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w: .....

2. Okręgowy Inspektor Pracy w: .....

\*Niepotrzebne skreślić

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