

.....  
(pieczęć 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. Numer ewidencyjny PESEL lub data i miejsce urodzenia (jeżeli PESEL nie został nadany) .....

3. Adres zamieszkania .....

4. Dane identyfikacyjne podmiotu kierującego na badanie (nazwa, adres)

5. Pełna nazwa choroby zawodowej z wykazu chorób zawodowych, której dotyczy podejrzenie

6. Pozycja podejrzonej choroby zawodowej w wykazie chorób zawodowych, określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy

Data.....

.....  
( podpis i pieczęć lekarza albo oznaczenie i podpis lekarza kierującego na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej)