

A - wypełnia pracodawca

Miejscowość i data

pieczęć nagłówekowa pracodawcy

Zgodnie art. 201 i 229 Kodeksu pracy oraz: rozporządzeniem MZiOS : dnia 30.05.1996 r. w sprawie badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, proszę o przeprowadzenie badania lekarskiego:

Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępne (W). Okresowe (O), Kontrolne (K)	
Objęty opieką jako	Pracownik (P), praca nakładcza (N), pobierający naukę (U), na własny wniosek (W)	

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko Data urodzenia ___ - ___ - ____

Identyfikator PESEL _____

Adres zamieszkania Kod pocztowy __ - ____

Wykształcenie / zawód

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy

Nazwa

NIP _____

Adres				
Stanowisko pracy (lub proponowane stanowisko)				
Charakterystyka stanowiska (krótki opis technologii lub rodzaju produkcji, elementy wyposażenia, strefy zagrożenia, materiały, podstawowe czynności, sposób i czas wykonywania)				
Wykaz czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na stanowisku pracy				
Czynniki chemiczne	Pyły	Czynniki biologiczne	Czynniki fizyczne	Czynniki uciążliwe

Badania psychotechniczne *

Na w/w stanowisku wymagane jest badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych

cd. A

KARTA POMIARÓW CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH

1	Nazwa czynnika/kod				
2	Data pomiaru				
3	Miejsce pomiaru				
4	Wynik pomiaru				
5	Interpretacja wyniku				

KARTA POMIARÓW PYŁÓW

1	Nazwa czynnika/kod				
2	Data pomiaru				
3	Miejsce pomiaru				
4	Wynik pomiaru				
5	Interpretacja wyniku				

KARTA POMIARÓW CZYNNIKÓW FIZYCZNYCH

1	Nazwa czynnika/kod				
2	Data pomiaru				
3	Miejsce pomiaru				
4	Wynik pomiaru				
5	Interpretacja wyniku				

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
i Opieki Społecznej : dnia 9 lipca 1996 r.

(pieczętka i podpis pracodawcy)

B - skierowanie na badania (wypełnia lekarz)**BADANIA POMOCNICZE**

Lp.	Skierowanie na badanie	Data skierowania	Data wykonania badania	Wynik badania
1				
2				
3				
4				
5				

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji (podpis i pieczętka lekarza)
1				
2				
3				

pieczętka i podpis lekarza uprawnionego do badań
profilaktycznych

* Proszę zakreślić w przypadku gdy badania psychotechniczne mają zostać wykonane w ramach badań profilaktycznych. Wynik wykonywanego badania lub wciąż aktualne badania należy zabrać ze sobą na wizytę w Poradni Medycyny Pracy.

Badania psychotechniczne, w ramach umowy, będą wykonywane w PSYCHE ul. Katowicka 67 - nr telefonu 607 757 558