|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Gabinet_1\Desktop\pionowe.png ……………………………………………… | ……………………………………… |
| (oznaczenie pracodawcy) | (miejscowość, data) |

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

**(wstępne/okresowe/kontrolne\*))**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502,z pózn. zm.), kieruje na badania lekarskie:

Pana/Panią\*) ....................................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*) ....................................................................................................................................................................................

zamieszkałego/zamieszkałą\*) ..........................................................................................................................................................

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

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/\*) 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 lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*):

**I Czynniki fizyczne:**

Komputer ilość godzin ……………………………………

Hałas ilość godzin pracy w hałasie …………….. natężenie ………………..

Wibracja miejscowa ogólna pomiary…………….

Promieniowanie jonizujące nadfioletowe laser podczerwone

elektromagnetyczne

Mikroklimat gorący zimny

**II Pyły przemysłowe:**

Pyły wymienić jakie…………………………………………….......................................................

**III Czynniki chemiczne lub toksyczne:**

Czynniki wymienić jakie…………………………………………….......................................................

Chemiczne Czas pracy…………………… stężenia…………………………..

**IV Czynniki biologiczne:**

Czynniki HBV HCV HIV inne…………………………………..

biologiczne

**V Inne Czynniki:**

Niekorzystne czynniki stanowisko monotonia narażenie

Psychospołeczne decyzyjne pracy życia

Kierowanie samochodem wózkiem maszyną

(kategoria)……. widłowym w ruchu

Praca zmianowa nocna

Praca na wysokości do 3 metrów powyżej 3 metrów

Dźwiganie ciężarów ile kilogramów …………….

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych

wynikających ze sposobu wykonywania pracy 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:
2. 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,
3. art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
4. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badan i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
5. 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,
6. art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
7. 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. Nr 69, poz. 332, z pózn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

**Organizacja badań profilaktycznych w przychodni Alfamed Mława**

**Ul . Warszawska 40A, 06-500 Mława Tel: (23) 654-84-62**

**Skierowanie na badania profilaktyczne**

Z wypełnionym (z uwzględnieniem występujących zagrożeń na stanowisku pracy) opieczętowanym i podpisanym przez pracodawcę skierowaniem pracownik zgłasza się do przychodni Alfamed przy Warszawskiej 40A, 06-500 w Mławie do rejestracji.

**RECEPCJA – rejestracja**

weryfikacja uprawnień

rejestracja

Rejestracja umawia pacjenta na badania specjalistyczne, zgodnie z wymogami na określonym stanowisku pracy oraz do lekarza medycyny pracy na zakończenie badań (wydanie orzeczenia), w konsultacji z pielęgniarką medycyny pracy lub lekarza medycyny pracy

**LABORATORIUM – pobranie materiału do badania**

Nie jest wymagana rejestracja telefoniczna, pacjent się zgłasza do przychodni (na czczo)

w dni robocze: 8.00 – 11.00

ul. Warszawska 40A 06-500 Mława

Wydanie skierowania na badania, niezbędne do wydania orzeczenia na danym stanowisku pracy np.: na RTG, psychotesty

Prosimy o zgłaszanie się do przychodni jak najszybciej – ułatwi to wykonanie badań w wymaganym przez pracodawcę terminie, z zachowaniem indywidualnych preferencji co do terminów wizyt.



**Alfamed Mława**

Ul. Warszawska 40A,

06-500 Mława

Rejestracja: (23) 654-84-62,

[www.alfaclinic.pl](http://www.alfaclinic.pl)

**Laboratorium**; pn-pt 8:00 ~ 11:00