

Pieczęć jednostki kierującej

**Skierowanie na specjalistyczne
badanie konsultacyjne***

Imię i nazwisko

Data urodzenia Adres

.....

Nr PESEL.....

Stanowisko pracy

.....

Narażenie zawodowe

.....

.....

Cel konsultacji

.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis

lekarza kierującego

* Należy wpisać rodzaj konsultacji

** Wyniki konsultacji należy wpisać na odwrocie.

Pieczęć jednostki konsultującej

Konsultacja

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

Rozpoznanie.....

.....
.....

Wnioski.....

.....
.....

Data

.....

Pieczęć i podpis
lekarza konsultanta

pieczęć jednostki
przeprowadzającej badanie profilaktyczne

Rodzaj badania profilaktycznego
wstępne*
okresowe*
kontrolne*
okresowe poza terminem*

Badanie wykonane przez jednostkę
podstawową*
odwoławczą*

ORZECZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do przepisów art. 43 pkt 2 oraz art. 229 § 4 Kodeksu pracy, orzeka się, że:

Pan(i)

.....

(imię i nazwisko)

urodzony(a) dnia miesiąca roku nr PESEL,

a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer dokumentu tożsamości.....

zatrudniony(a)/przyjmowany(a) do pracy* w.....

.....

(nazwa i adres zakładu pracy/pracodawcy)

na stanowisku / na stanowiskach*.....

.....

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych

a) zdolny(a) do wykonania pracy na w/w. stanowisku/ stanowiskach*

b) zdolny(a) do wykonania pracy na w/w. stanowisku/ stanowiskach* z zachowaniem wskazań lekarskich

.....

data następnego badania okresowego.

.....

- 2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych – niezdolny(a) do podjęcia/wykonywania pracy na ww. stanowisku/stanowiskach *
- 3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem*.

Uwagi lekarza, proponowane stanowisko pracy.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego
badanie profilaktyczne)

Pouczenie:

- 1) Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący orzeczenie lekarskie – w przypadku zastrzeżeń, co do treści tego orzeczenia – może wystąpić, w ciągu 14 dni od daty otrzymania orzeczenia, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie orzeczenia do podmiotu odwoławczego - wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy orzeczenie zostało wydane w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał orzeczenie.
- 2) Orzeczenie wydane przez podmiot odwoławczy jest ostateczne.

*Niepotrzebne skreślić

pieczęć jednostki
przeprowadzającej badanie profilaktyczne

Rodzaj badania profilaktycznego
wstępne*
okresowe*
kontrolne*
okresowe poza terminem*

Badanie wykonane przez jednostkę
podstawową*
odwoławczą*

ORZECZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do przepisów art. 55 § 1, art. 201 § 2, art. 230 § 1 i art. 231 Kodeksu pracy, orzeka się, co następuje:

Pan(i)

(imię i nazwisko)

urodzony(a) dnia miesiąca roku nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer dokumentu tożsamości.....

zamieszkały(a) w

zatrudniony(a) w

.....

(nazwa i adres zakładu pracy/pracodawcy)

na stanowisku

Ze względu na występujące przeciwwskazania:

- 1) szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie,
- 2) zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego,
- 3) podejrzenie powstania choroby zawodowej,
- 4) niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy.

Stał(a) się niezdolny(a) do wykonywania dotychczasowej pracy.

W związku z powyższym konieczne jest przeniesienie do pracy na innym stanowisku
na okres

Uwagi lekarza:

.....

(pieczęć i podpis
lekarza przeprowadzającego
badanie profilaktyczne)

....., dnia r.

Pouczenie:

1. Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący orzeczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń, co do treści tego orzeczenia - może wystąpić, w ciągu 14 dni od daty otrzymania orzeczenia, z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie orzeczenia do podmiotu odwoławczego - wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy orzeczenie zostało wydane w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał orzeczenie.
2. Orzeczenie wydane przez podmiot odwoławczy jest ostateczne.

* Niepotrzebne skreślić

Pieczęć zakładu pracy

.....

(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE
(WSTĘPNE, OKRESOWE, KONTROLNE *)**

1. Imię i nazwisko..... PESEL.....

2. Adres.....

3. Stanowisko lub stanowiska pracy **)......

.....

4. Opis stanowiska pracy i wykonywanych czynności zawodowych **)

(opisz: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania)

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

5. Informacje dotyczące warunków pracy i narażeń zawodowych

Należy wypełnić zgodnie z załącznikiem nr 1 i 2 do skierowania na badanie profilaktyczne ***)

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

6. Ocena ryzyka zawodowego.....

.....

.....

(pieczęć i podpis osoby kierującej na badanie)

*) Niepotrzebne skreślić

**) Proszę wskazać wszystkie stanowiska pracy, na których kierowana osoba będzie pracowała lub pracuje i od kiedy

***) Jeżeli na stanowisku/stanowiskach pracy nie występują narażenia zawodowe należy umieścić informację: " Czynniki szkodliwe i warunki uciążliwe nie występują".

Użyte w załączniku symbole oznaczają:

C - ciągle - narażenia występują bez przerwy w czasie zmiany roboczej z pominięciem przerw regulaminowych

P - przerywane - narażenia występują wielokrotnie w ciągu zmiany roboczej z przerwami, w czasie których brak jest ich oddziaływania

S - sporadycznie - narażenia występują nieregularnie, związane są z czynnościami wykonywanymi dorywczo na danym stanowisku np, raz w tygodniu, raz w czasie zmiany roboczej

**Załącznik nr 1 do skierowania
na badanie profilaktyczne**

INFORMACJA

dla pracodawcy i pracownika o badaniach profilaktycznych pracownika

Aby chronić zdrowie przed niekorzystnym wpływem warunków pracy i sposobów jej wykonywania, przepisy gwarantują każdemu pracownikowi opiekę zdrowotną w postaci profilaktycznych badań lekarskich.

Celem tych badań jest:

- 1) ocena wpływu pracy na stan zdrowia pracownika;
- 2) stwierdzenie, czy ze względów zdrowotnych pracownik może wykonywać pracę na danym stanowisku;
- 3) udzielenie pracownikowi informacji o tym jak pracować, by uniknąć niekorzystnych skutków zdrowotnych, które mogłyby narazić go na utratę pracy;
- 4) poinformowanie pracownika o stanie zdrowia, a w przypadku stwierdzenia zmian chorobowych o konieczności podjęcia leczenia u lekarza rodzinnego.

Zakres badania profilaktycznego obejmuje badanie przeprowadzone przez lekarza medycyny pracy oraz inne badania specjalistyczne i diagnostyczne, ale wyłącznie takie, które są ściśle związane z warunkami pracy i określone szczegółowymi przepisami. Lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne może poszerzyć jego zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne oraz badania dodatkowe, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania, niż to określono we wskazówkach metodycznych, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla

prawidłowej oceny stanu zdrowia dokonywanej w celu wydania osobie przyjmowanej do pracy lub pracownikowi orzeczenia lekarskiego.

Po zakończeniu badania profilaktycznego pracownik otrzymuje orzeczenie lekarskie o:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na wskazanym stanowisku – czyli o zdolności do podjęcia lub kontynuowania pracy w określonych warunkach

lub:

- istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na wskazanym stanowisku – czyli o niezdolności do podjęcia lub kontynuowania pracy w określonych warunkach

To samo orzeczenie otrzymuje pracodawca – z zachowaniem tajemnicy lekarskiej, bez informacji dotyczących stanu zdrowia pracownika

Jeśli pracownik lub pracodawca nie zgadza się z treścią orzeczenia lekarskiego przysługuje im prawo do odwołania i wykonania powtórnego badania profilaktycznego w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy lub w Instytucie Medycyny Pracy. Wniosek na badanie odwoławcze należy składać za pośrednictwem lekarza, który wydał kwestionowane orzeczenie.

**Załącznik nr 2 do skierowania
na badanie profilaktyczne**

INFORMACJA

o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych

na stanowisku

pracy

.....
(wymienić)

na którym jest/będzie

zatrudniony(a)

.....
(imię i nazwisko pracownika/osoby przyjmowanej do pracy)

w

(komórka organizacyjna)

Lp.	CZYNNIKI FIZYCZNE	TAK	C, P,S	Wielkość narażenia	Data wykonania pomiarów	Średnia liczba godzin	
						na dzień	na tydz.
1.	Hałas 1) infradźwięki 2) ultradźwięki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
2.	Mikroklimat 1) gorący 2) zimny	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
3.	Wibracja 1) miejscowa 2) ogólna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4.	Pola elektromagnetyczne (strefa ochronna)	<input type="checkbox"/>					
5.	Praca przy obsłudze monitorów ekranowych	<input type="checkbox"/>					
6.	Promieniowanie jonizujące 1) izotopy 2) promieniowanie X A <input type="checkbox"/> kategoria narażenia B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.	Pyły azbestowe 1) zawierające włókna 2) zawierające wolną krzemionkę 3) inne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Lp.	CZYNNIKI CHEMICZNE	TAK	C,P,S	Nazwa	Czas ekspozycji		
					na tydz.	na rok	

1.	Gazy drażniące i/lub duszące	<input type="checkbox"/>	
2.	Czynniki rakotwórcze (kategoria 1 i 2)	<input type="checkbox"/>	
3.	Metale	<input type="checkbox"/>	
4.	Pestycydy	<input type="checkbox"/>	
5.	Rozpuszczalniki organiczne (należy wymienić jakie)	<input type="checkbox"/>	
6.	Substancje o działaniu alergizującym	<input type="checkbox"/>	
7.	Substancje o działaniu drażniącym	<input type="checkbox"/>	

8.	Żywice epoksydowe	<input type="checkbox"/>	
Lp.	CZYNNIKI BIOLOGICZNE			TAK	C,P,S	
1.	Kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego			<input type="checkbox"/>		
2.	Kontakt z materiałem biologicznym pochodzenia zwierzęcego			<input type="checkbox"/>		
Lp.	INNE CZYNNIKI			TAK		
1.	1) ciężka Praca fizyczna b) średniociężka c) wymagająca podnoszenia i przenoszenia ciężarów (max. kg)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2.	Praca na wysokości			<input type="checkbox"/>		
3.	Praca przy obsłudze maszyn lub urządzeń 1) wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej 2) kierowanie pojazdem silnikowym			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4.	Zagrożenia wynikające 1) ze stałego dużego dopływu informacji i gotowości do odpowiedzi 2) z pracy na stanowiskach decyzyjnych związanych z odpowiedzialnością 3) wynikające z narażenia życia 4) z monotonii pracy			<input type="checkbox"/>		
5.	Praca w wymuszonej pozycji ciała			<input type="checkbox"/>		
6.	Praca wymagająca ruchów monotypowych			<input type="checkbox"/>		
7.	Praca zmianowa (nocna)			<input type="checkbox"/>		
8.	Praca wymagającego stałego i długotrwałego wysiłku głosowego			<input type="checkbox"/>		Liczba godz./ty dz.
9.	Praca bez określonego czynnika narażenia			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

....., dnia.....

.....
(pieczęć) i podpis bezpośredniego
przełożonego
osoby przyjmowanej do pracy/pracownika*/

Informacja o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
wykonanych na stanowisku pracy i inne uwagi uzupełniające:

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

REJESTR LEKARZY PRZEPROWADZAJĄCYCH BADANIA PROFILAKTYCZNE

Lp. (nr)	Imię i nazwisko, adres, nr tel.	Miejsce wykonywania badań profilaktycznych	Podstawa wydania zaświadczenia	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza	Data wydania zaświadczenia	Potwierdzenie odbioru
1	2	3	4	5	6	7

1. Liczba porządkowa

2. Dane personalne: imię i nazwisko, adres, nr telefonu

3. Adres zakładu opieki zdrowotnej lub miejsce wykonywania prywatnej praktyki

4. Wpis dotyczący rodzaju dodatkowych wymagań kwalifikacyjnych

Symbol(e) cyfrowy(we) dodatkowych wymagań kwalifikacyjnych

Standard zapisu:

1 - specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy lub medycyny przemysłowej,

2 - specjalizacja w dziedzinie higieny pracy,

3 - specjalizacja w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej,

4 - specjalizacja w dziedzinie medycyny kolejowej,

5 - specjalizacja w dziedzinie medycyny lotniczej,

6-xx - 6-letni staż pracy; xx ostatnie dwie cyfry roku, w którym lekarz odbył wymagane przeszkolenie,

7-xx - odbywanie specjalizacji z zakresu medycyny pracy - xx ostatnie dwie cyfry roku zakończenia specjalizacji w trybie obowiązujących przepisów,

8-xx - możliwość przeprowadzenia badań profilaktycznych z ograniczeniem czasowym - xx ostatnie dwie cyfry roku upływu okresu ważności,

9 - specjalizacja w dziedzinie medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej,

- J - przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego,
- T - przeszkolenie w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w zakresie badań profilaktycznych pracowników wykonujących prace w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych oraz pracowników powracających z pracy w warunkach tropikalnych,
- K - przeszkolenie w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej w zakresie badań pracowników wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego,
- M - możliwość przeprowadzania badań profilaktycznych ograniczona do określonych grup pracowników.

Uwaga: Podać wszystkie cyfrowe symbole standardów, także poszerzających lub ograniczających możliwość przeprowadzenia badań profilaktycznych.

Przykład 1: 1J = specjalizacja z medycyny pracy i możliwość przeprowadzania badań osób narażonych na promieniowanie jonizujące,

Przykład 2: 696M = lekarz przepracował minimum 6 lat w charakterze lekarza zakładowego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, odbył wymagany kurs doskonalący w 1996 r., może wykonywać badania profilaktyczne wyłącznie pracowników zakładu opieki zdrowotnej zatrudniającego lekarza.

5. Nr prawa wykonywania zawodu

6. Data wydania zaświadczenia o wpisie do rejestru

7. Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

pieczęć
wojewódzkiego ośrodka
medycyny pracy

ZAŚWIADCZENIE NR.....*
O DOKONANIU WPISU DO REJESTRU LEKARZY PRZEPROWADZAJĄCYCH
BADANIA PROFILAKTYCZNE

Pan (i)

(imię i nazwisko lekarza)

zamieszkały (a)

.....

został (a) wpisany (a) do rejestru lekarzy przeprowadzających **badania profilaktyczne**.

Podstawa prawna : § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2008 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, poz.**).

(pieczęć i podpis)

* Numer porządkowy z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, prowadzonego przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy

WZÓR
PIECZĘCI LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO BADANIA PROFILAKTYCZNE

BADANIE PROFILAKTYCZNE	
przeprowadził	
..... (imię i nazwisko lekarza)	
A / B / C	D

A

– dwucyfrowy symbol województwa

B

- 1- specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy lub medycyny przemysłowej,
- 2- specjalizacja w dziedzinie higieny pracy,
- 3- specjalizacja w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej,
- 4- specjalizacja w dziedzinie medycyny kolejowej,
- 5- specjalizacja w dziedzinie medycyny lotniczej,
- 6-xx- 6- letni staż pracy; xx ostatnie dwie cyfry roku, w którym lekarz odbył wymagane przeszkolenie,
- 7-xx- odbywanie specjalizacji z zakresu medycyny pracy – xx ostatnie dwie cyfry roku zakończenia specjalizacji w trybie obowiązujących przepisów,
- 8-xx- możliwość przeprowadzenia badań profilaktycznych z ograniczeniem czasowym – xx ostatnie dwie cyfry roku upływu okresu ważności,
- 9- specjalizacja w dziedzinie medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej,

- J- przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego,
- T- przeszkolenie w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w zakresie badań profilaktycznych pracowników wykonujących prace w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych oraz pracowników powracających z pracy w warunkach tropikalnych,
- K- przeszkolenie w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej w zakresie badań pracowników wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu drogowego,
- M- możliwość przeprowadzania badań profilaktycznych ograniczona do określonych grup pracowników.

Uwaga: Podać wszystkie cyfrowe symbole standardów, także poszerzających lub ograniczających możliwość przeprowadzania badań profilaktycznych.

C

- liczba porządkowa z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, prowadzonego przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy.

D

- Numer prawa wykonywania zawodu lekarza

Załącznik nr 9

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub
lekarza prywatnie praktykującego,
przeprowadzającego badanie profilaktyczne
(numer identyfikacyjny REGON)

REJESTR WYDANYCH ORZECZEŃ

Lp. (nr)	Imię, nazwisko i adres osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika	Nazwa i adres zakładu pracy lub miejsce pracy	Rodzaj orzeczenia*	Data wydania	Potwierdzenie odbioru orzeczenia przez pracownika	Uwagi
1	2	3	4	5	6	6

* - Symbole rodzaju orzeczenia:

21 - wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy

22 - wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy

23 - wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy

- 31 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
- 33 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na zagrożenie zdrowia młodocianego
- 34 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na podejrzenie powstania choroby zawodowej
- 35 - niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy.