

**1. SKIEROWANIE NA BADANIA PROFILAKTYCZNE**  
WSTĘPNE, OKRESOWE, KONTROLNE\*

Proszę o przeprowadzenie badania lekarskiego dla:

Pan (i)..... PESEL .....

(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania .....

Stanowisko pracy .....

Opis stanowiska pracy: .....

Czynniki szkodliwe dla zdrowia na stanowisku pracy: ( właściwe zaznaczyć x )

<b>Komputer - monitor ekranowy</b>	<input type="checkbox"/> do 4 godzin pracy <input type="checkbox"/> powyżej 4 godzin pracy
<b>Czynniki psychospołeczne</b>	<input type="checkbox"/> Stanowisko decyzyjne
<b>Kierowanie</b>	<input type="checkbox"/> Samochodem ( kategoria )..... <input type="checkbox"/> Wózek widłowy <input type="checkbox"/> Maszyny w ruchu
<b>Praca na wysokości</b>	<input type="checkbox"/> do 3 metrów <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów
<b>Hałas</b>	<input type="checkbox"/> natężenie hałasu..... <input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie.....
<b>Dźwiganie ciężarów</b>	<input type="checkbox"/> ile kilogramów.....
<b>Mikroklimat</b>	<input type="checkbox"/> zimny <input type="checkbox"/> gorący
<b>Czynniki chemiczne</b>	<input type="checkbox"/> wymienić.....
<b>Czynniki biologiczne</b>	<input type="checkbox"/> wymienić .....
<b>Pyły</b>	<input type="checkbox"/> wymienić.....
<b>Promieniowanie</b>	<input type="checkbox"/> elektromagnetyczne <input type="checkbox"/> jonizujące <input type="checkbox"/> inne .....
<b>Praca zmianowa</b>	<input type="checkbox"/> wymienić .....
<b>Inne</b>	<input type="checkbox"/> wymienić .....

Nie występują czynniki szkodliwe na ww. stanowisku pracy.

Na ww. stanowisku wymagane jest badanie do celów sanitarno- epidemiologicznych :  tak  nie

Wyniki dotychczasowych badań środowiska pracy ( jeśli były wykonywane )

.....  
.....

\* niepotrzebne skreślić

.....  
podpis i pieczęć osoby wystawiającej skierowanie