

**Przeznaczone do realizacji w PRZYCHODNI ZDROWIA MALINOWA**

W celu umówienia badań profilaktycznych prosimy o kontakt  
z rejestracją przychodni pod Nr tel. (42) 630-27-59

\_\_\_\_\_

*pieczęćka firmy z regonem*

Kierujemy na badanie:

- wstępne     
  okresowe     
  kontrolne     
  końcowe     
  celowane

PESEL: .....

Imię i Nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania (ulica, kod, miasto): .....

Tel. domowy: ..... Tel. Komórkowy ..... E-mail: .....

która / który:       będzie       jest zatrudniony(-na) stanowisku / ach .....

**Charakter pracy:**

- biurowa       fizyczna- proszę określić ciężkość pracy i wydatek energetyczny  
 .....  
 wymuszona pozycja ciała       inny charakter pracy:

**Opis stanowiska pracy**

Godziny pracy przychodni medycyny pracy

**Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące na stanowisku pracy**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1. Niekorzystne czynniki psychospołeczne: | <input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne                               | <input type="checkbox"/> monotonia pracy  | <input type="checkbox"/> narażenie życia  |
| 2. Komputer:                              | <input type="checkbox"/> ilość godzin .....                                 |   |   |
| 3. Kierowanie:                            | <input type="checkbox"/> samochodem (kategoria) .....                       | <input type="checkbox"/> wózkiem widłowym | <input type="checkbox"/> maszyną w ruchu  |
| 4. Praca zmianowa:                        | <input type="checkbox"/> nocna  |   |   |
| 5. Praca na wysokości:                    | <input type="checkbox"/> do 3 metrów  | <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów |   |
| 6. Hałas:                                 | <input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie ..... natężenie ..... |   |   |
| 7. Wibracja:                              | <input type="checkbox"/> miejscowa  | <input type="checkbox"/> ogólna           | <input type="checkbox"/> pomiary .....  |
| 8. Mikroklimat:                           | <input type="checkbox"/> gorący <input type="checkbox"/> zimny              |   |   |
| 9. Czynniki chemiczne:                    | <input type="checkbox"/> wymienić jakie .....                               |   |   |
|   | czas pracy ..... stężenie .....   |   |   |
| 10. Pyły:                                 | <input type="checkbox"/> wymienić jakie .....                               |   |   |
| 11. Czynniki biologiczne:                 | <input type="checkbox"/> HBV  | <input type="checkbox"/> HCV              | <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> inne .....  |
| 12. Dźwiganie ciężarów                    | <input type="checkbox"/> ile kilogramów .....                               |   |   |
| 13. Promieniowanie:                       | <input type="checkbox"/> jonizujące   | <input type="checkbox"/> nadfioletowe     | <input type="checkbox"/> laser <input type="checkbox"/> podczerwone <input type="checkbox"/> elektromagnetyczne |
| 14. Inne:                                 | <input type="checkbox"/> wymienić jakie .....                               |   |   |
| 15. NIE WYSTĘPUJĄ                         | <input type="checkbox"/>  |   |   |

**Zakład pracy ponosi odpowiedzialność za treść skierowania na badania profilaktyczne (Dz.U. Nr69 z 1996 par. 4)**

- Wyniki dotychczasowych badań środowiska pracy (jeśli były wykonane) .....
- Nie były wykonywane .....

.....

podpis i pieczęćka osoby zlecającej badanie