

W celu umówienia badań profilaktycznych prosimy o kontakt z opiekunem klienta **530 506 371**

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: \_\_\_\_\_

<b>Opis stanowiska pracy</b>	
<b>Krótki opis technologii lub rodzaju produkcji, lokalizacja stanowiska pracy, elementy wyposażenia, podstawowe czynności i sposób oraz czas ich wykonywania.</b>	

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

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

**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 pieczętka kierownika działu lub specjalisty BHP

Usługi:	Data wykonania	Usługi:	Data wykonania
1. Konsultacja lek. med. pracy-standard		Spirometria	
2. Konsultacja okulisty - med. pracy		Audiometria tonalna	
3. Konsultacja laryngologa - med. pracy		EKG spoczynkowe	
4. Konsultacja neurologa - med. pracy			
5. Inne (jakie?)		<b>Data ważności wydanego zaświadczenia</b>	

