

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE



wstępne okresowe kontrolne

badania do książeczki sanitarno-epidemiologicznej orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych

Lublin, ul. Królewska 11

tel. 81 536 15 15

www.luxmedlublin.pl

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwiec 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2022 r. poz.1510), kieruje na badania lekarskie:

1. DANE PRACOWNIKA

Pana/Panią*

nr PESEL**

imię i nazwisko

zamieszkałego
/zamieszkałą*

miejscowość

ulica

nr domu

nr lokalu

zatrudnionego/zatrudnioną* lub podejmującego/podejmującą* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

określenie stanowiska/stanowisk* pracy***

2. NARAŻENIA NA STANOWISKU 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 i wielkość/wielkości narażenia****:

I. Czynniki fizyczne:

 hałas

powyżej NDN

poniżej NDN

 wibracja miejscowa - kończyny górne

powyżej NDN

poniżej NDN

 ultradźwięki pole elektromagnetyczne promieniowanie jonizujące: kat. A promieniowanie jonizujące: kat. B promieniowanie nadfioletowe promieniowanie podczerwone promieniowanie laserowe obsługa monitora ekranowego: do 4 godzin dziennie powyżej 4 godzin dziennie mikroklimat gorący mikroklimat zimny zwiększone ciśnienie atmosferyczne obniżone ciśnienie atmosferyczne

II. Pyły:

 pył przemysłowy: jaki?

powyżej NDN

poniżej NDN

III. Czynniki chemiczne:

związki chemiczne (nazwy substancji chemicznych, a nie preparatów) jakie?

IV. Czynniki biologiczne:

materiał zakaźny:

Wirus zapalenia wątroby typ B (HBV)

Wirus zapalenia wątroby typ C (HCV)

Ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV)

prątki gruźlicy

borrelia burgdorferi

grzyby, pleśnie

inne szkodliwe czynniki biologiczne

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

niekorzystne czynniki psychospołeczne

stały duży dopływ informacji i gotowości do odpowiedzi

stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością

narażenie życia

monotonia pracy

praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej

praca na wysokości do 3 metrów

powyżej 3 metrów

praca na masztach/wieżach

praca w wykopach (doly, rowy) do 3 metrów

powyżej 3 metrów

prace z bronią

kierowanie samochodem prywatnym do celów służbowych kat. B

kierowanie samochodem służbowym kat. B

kierowca pojazdu uprzywilejowanego

praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego

obsługa wózków widłowych wysokounoszących

obsługa wózków niskounoszących

obsługa ciężkiego sprzętu budowlanego koparki koparko - ładowarki żurawia suwnicy inne

obsługa maszyn w ruchu: osłoniętych nieosłoniętych

praca w słuchawkach praca nocna

kierowanie pojazdem do 3,5 tony kierowanie pojazdem powyżej 3,5 tony

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
Podpis pracodawcy

3. JAK SKRÓCIĆ OCZEKIWANIE DO LEKARZA:

1. Nie zwlekaj z wykonaniem badań na koniec miesiąca.
2. Na badania profilaktyczne obowiązuje rejestracja telefoniczna (tel. 81 536 15 15) lub online na stronie luxmedlublin.pl. Przy zapisie podaj dane ze skierowania - stanowisko pracy i narażenia.
3. Morfologię i analizę moczu możesz wykonać w godz. 7.00 – 18.00, a w soboty w godz. 8.00-13.00. Nie musisz być na czczo.
4. Czekaając na wizytę u lekarza możesz sam wykonać pomiar wagi, wzrostu, ciśnienia – skorzystaj ze specjalnego urządzenia ustawionego w korytarzu na II piętrze.
5. Jeśli chcesz wykonać badania kontrolne (po zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni) musisz posiadać „Zaświadczenie lekarskie” o zakończeniu leczenia przez prowadzącego lekarza.
6. Rencista i osoba posiadająca stopień niepełnosprawności, musi posiadać „Zaświadczenie lekarskie” (od lekarza rodzinnego lub specjalisty) informujące z powodu jakich schorzeń osoba uzyskała orzeczenie o rencie lub stopniu niepełnosprawności.

4. 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:

- a) 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,
- b) art. 221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
- c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
- d) 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,
- e) 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;

2) 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 późn. zm.)

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

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ PRZED BADANIEM - OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA BADANIE PODMIOTOWE

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony/zawód wykonywany
	Pesel			

Numer telefonu domowego / komórkowego		Numer telefonu do pracy	
---------------------------------------	--	-------------------------	--

Dotychczasowe zatrudnienie (podać 2 zakłady pracy, w których Pan/Pani pracował/a najdłużej) / dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie

Nazwa i adres zakładu pracy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynniki szkodliwe / uciążliwe	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK		Wzrost	
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaka?	Nr z wykazu chorób zawodowych / uzupełnia lekarz!	Waga
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy?	Z jakiego powodu?	Adres lekarza rodzinnego
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy?	Skutki wypadku	
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy?	Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)	
Orzeczono stopień niepełnosprawności?			Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)	

Skargi badanego (Czy coś obecnie Pani/u dolega?)	co?
--	-----

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE	Opis		
Urazy czaszki					
Urazy układu ruchu					
Omdlenia					
Padaczka					
Inne choroby układu nerwowego					
Choroby psychiczne					
Cukrzyca					
Choroby narządu słuchu / głosu					
Choroby narządu wzroku					
Choroby układu krwiotwórczego					
Choroby układu krążenia					
Choroby układu oddechowego					
Choroby układu pokarmowego					
Choroby układu moczowo - płciowego					
Choroby układu ruchu					
Choroby skóry / uczulenia					
Choroby zakaźne / pasożytnicze					
Wywiad ginekologiczno - położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)					
Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory?)			Jakie?		
Inne problemy zdrowotne?			Jakie?		
Palenie tytoniu			Obecnie: ile sztuk dziennie? W przeszłości: ile lat?		
Inne używki					
Osobista ocena stanu zdrowia - zaznacz	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

Bezdech senny i objawy z tym związane neguje

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakie? Kiedy?			
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?			

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

1. Czy w ostatnich trzech miesiącach było mierzone ciśnienie tętnicze krwi ?
 - Tak podaj wartości/.....
 - Nie wiem
 - Nie
2. Czy w ostatnich 12 miesiącach był oznaczony poziom cholesterolu ?
 - Tak wpisz wynikmg/dl
 - Nie wiem
 - Nie
3. Czy w ostatnich 12 miesiącach był oznaczany poziom glukozy/cukru ?
 - Tak wpisz wynikmg/dl
 - Nie wiem
 - Nie
4. Czy u rodzeństwa lub rodziców ktoś chorował/choruje na cukrzycę ?
 - Tak
 - Nie
5. Czy prowadzi Pan/Pani mało aktywny tryb życia?
 - Tak
 - Nie
6. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób tarczycy/endokrynologicznych?
 - Tak
 - Nie
7. Czy występują takie objawy ze strony przewodu pokarmowego jak zmiana rytmu wypróżnień lub krew w stolcu?
 - Tak
 - Nie
8. Czy u rodzeństwa, rodziców lub dzieci występowała/ występuje nadwaga ?
 - Tak
 - Nie
9. Czy u rodziców lub dzieci występował/ występuje nowotwór przewodu pokarmowego ?
 - Tak
 - Nie