

☐ w Centrach Medicover ☐ w placówkach współpracujących z Medicover*

Miejscowość i data

W celu umówienia badań profilaktycznych prosimy o kontakt z **Centrum Obsługi Klienta** pod numerem **500 900 700**

pieczęć firmy z numerem REGON

Kierujemy na badanie ☐ wstępne ☐ okresowe ☐ kontrolne ☐ końcowe ☐ celowane
Imię i nazwisko Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Ulica, numer domu i lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Tel. domowy Tel. komórkowy

Adres email

która / który ☐ będzie zatrudniona/y ☐ jest zatrudniona/y

na stanowisku

Charakter pracy

☐ biurowa ☐ wymuszona pozycja ciała

☐ fizyczna (proszę określić ciężkość pracy i wydatek energetyczny)

☐ inny charakter pracy

Opis stanowiska pracy

Krótki opis technologii lub rodzaju produkcji, lokalizacja stanowiska pracy, elementy wyposażenia, podstawowe czynności i sposób oraz czas ich wykonywania

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 ☐ samochód (kategoria) ☐ wózek widłowy ☐ maszyna 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 (jakie)

12. Dźwiganie ciężarów ☐ Ile kilogramów

13. Promieniowanie ☐ jonizujące ☐ nadfioletowe ☐ laser ☐ podczerwone ☐ nadfioletowe

14. Inne ☐ wymienić jakie

15. NIE WYSTĘPUJĄ ☐

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

Dotychczasowe badania środowiska pracy ☐ nie były wykonywane ☐ były wykonywane

Wyniki (jeśli badania były wykonywane)

podpis i pieczęć kierownika działu lub specjalisty BHP

Usługi	Data wykonania	Usługi	Data wykonania
Konsultacja lek. medycyny pracy – standardowa		Spirometria	
Konsultacja okulisty – med. pracy		Audiometria tonalna	
Konsultacja laryngologa – med. pracy		EKG spoczynkowe	
Konsultacja neurologa – med. pracy		Inne (jakie)	

Data ważności wydanego zaświadczenia

podpis i pieczęć Lekarza z Placówki Medycznej Medicover

(*) W przypadku Placówek Medycznych współpracujących z Medicover prosimy o dołączenie dokumentu do faktury rozliczającej wykonane usługi.

Prosimy o wydrukowanie i przekazanie niniejszego skierowania Pracownikowi w dwóch egzemplarzach.