

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo
lekarza wykonującego indywidualną
praktykę lekarską, tel.

**SKIEROWANIE DO PORADNI MEDYCZYNY PRACY
DWOMP w***

Proszę o przeprowadzenie badania konsultacyjnego:

1. Imię i Nazwisko

2. PESEL -----

3. Miejsce zamieszkania , telefon.....

.....

4. Kandydat do pracy / pracownik

Pełna nazwa zakładu pracy

.....

.....

Adres zakładu pracy.....

.....

Numer identyfikacyjny REGON.....

5. Stanowisko pracy.....

Charakterystyka wykonywanej pracy / rodzaj wykonywanych czynności.....

.....

Czynniki szkodliwe i uciążliwe na stanowisku.....

.....

Okres zatrudnienia w narażeniu zawodowym.....

6. Stwierdzane nieprawidłowości w stanie zdrowia kierowanego

7. Cel skierowania na konsultację:

8. Załączniki:

- a. dokumentacja badania wstępnego / badań profilaktycznych (w tym skierowanie od pracodawcy)
- b. wyniki badań dodatkowych
- c. wyniki konsultacji specjalistycznych
- d. dokumentacja lecznicza

Data.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

*Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy: ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław
Oddział Jelenia Góra: ul. Groszowa 1, 58-500 Jelenia Góra
Oddział Lubin: ul. Sienkiewicza 4, 59-300 Lubin
Oddział Wałbrzych: ul. B. Chrobrego 36, 58-300 Wałbrzych