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

SKIEROWANIE DO PORADNI MEDYCYNY 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……. .....
pieczątka i podpis lekarza

*Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy: ul. Joannitów 10-12, 50-525 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