

(Pieczęć jednostki organizacyjnej)

data.....

SKIEROWANIE NA BADANIA PROFILAKTYCZNE*

W SPZOZ TARCZYN

WSTĘPNE

OKRESOWE

KONTROLNE

1. DANE PRACOWNIKA:

Nazwisko i imię Pesel

Adres zameldowania.....

Miejsce zatrudnienia.....

Stanowisko

2. CZYNNIKI ŚRODOWISKA PRACY*:

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> praca przy monitorze ekranowym | <input type="checkbox"/> obsługa maszyn w ruchu |
| <input type="checkbox"/> praca fizyczna | <input type="checkbox"/> kierowanie pojazdem służbowym
(<i>jakim?</i>)..... |
| <input type="checkbox"/> długotrwały wysiłek głosowy | <input type="checkbox"/> czynniki rakotwórcze (<i>jakie?</i>) |
| <input type="checkbox"/> hałas | |
| <input type="checkbox"/> wibracje | <input type="checkbox"/> czynniki chemiczne (<i>jakie?</i>)..... |
| <input type="checkbox"/> pyły (<i>jakie?</i>)..... | |
| | <input type="checkbox"/> czynniki biologiczne |
| <input type="checkbox"/> mikroklimat gorący | o HBV |
| <input type="checkbox"/> mikroklimat zimny | o HCV |
| <input type="checkbox"/> dźwiganie ciężarów | o HIV |
| <input type="checkbox"/> praca na wys. do 3m | o inne..... |
| <input type="checkbox"/> praca na wys. powyżej 3m | |
| <input type="checkbox"/> praca w nocy | |
| <input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne | |
| <input type="checkbox"/> promieniowanie | |
| o jonizujące | inne |
| o nadfioletowe | |
| o laser | |
| o podczerwone | |
| o elektromagnetyczne | |

- na w/w stanowisku wymagana jest książeczka sanitarno – epidemiologiczna

3. Aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych, wypełnia Dział BHP. (*Nie dotyczy pracowników zatrudnionych na stanowiskach administracyjno-biurowych.*)

.....
.....

*proszę zaznaczyć właściwy kwadrat

Podpis i pieczęć imienna