

pieczętka firmy z regonem

dnia:
miejsowość

**Skierowanie na badanie profilaktyczne
do Poradni Medycyny Pracy Ars Medical Sp. z o.o. w Pile**

Rodzaj badania: wstępne okresowe kontrolne końcowe
badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych:

Pan/Pani _____
imię i nazwisko urodzony/urodzona: _____

PESEL: _____

będzie jest zatrudniona/zatrudniony na stanowisku/ach

Charakter pracy:

- biurowa
 fizyczna (proszę określić ciężkość pracy i wydatek energetyczny) _____
 inny charakter pracy _____
 wymuszona pozycja ciała

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 (postawić x przy występującym czynniku)

• Niekorzystne czynniki psychospołeczne: <input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne <input type="checkbox"/> monotonia pracy <input type="checkbox"/> narażenie życia
• Komputer <input type="checkbox"/> ilość godzin
• Kierowanie: <input type="checkbox"/> samochodem (kategoria) <input type="checkbox"/> wózkiem widłowym <input type="checkbox"/> maszyną w ruchu
• Praca zmianowa <input type="checkbox"/> nocna
• Praca na wysokości: <input type="checkbox"/> do 3 metrów <input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów
• Hałas: <input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie.....natężenie.....
• Wibracja: <input type="checkbox"/> miejscowa <input type="checkbox"/> ogólna pomiary.....
• Mikroklimat: <input type="checkbox"/> gorący <input type="checkbox"/> zimny
• Czynniki chemiczne: <input type="checkbox"/> wymienić jakie..... czas pracy.....natężenie.....
• Pyły <input type="checkbox"/> wymienić jakie.....natężenie.....
• Czynniki biologiczne: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> inne
• Dźwiganie ciężarów <input type="checkbox"/> ile kilogramów.....
• Promieniowanie: <input type="checkbox"/> jonizujące <input type="checkbox"/> nadfioletowe <input type="checkbox"/> laser <input type="checkbox"/> podczerwone <input type="checkbox"/> elektromagnetyczne
• Inne: <input type="checkbox"/> wymienić

Nie występują czynniki szkodliwe.

podpis i pieczętka
kierownika działu lub specjalisty bhp