

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne:   nie ☐   tak ☐

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych:   nie ☐   tak ☐

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

Rozpoznanie: .....

Zalecenia: .....

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej: .....

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

--

### WYDANO ORZECZENIE O:

- ☐ - braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku .....
- ☐ - braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- ☐ - przeciwwskazaniach zawodowych do pracy na stanowisku .....
- ☐ - przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- ☐ - utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy
- ☐ - przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią uzasadniających:
  - ☐ a) przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
  - ☐ b) zmianę warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- ☐ - niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
  - ☐ szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
  - ☐ zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
  - ☐ podejrzenie powstania choroby zawodowej
  - ☐ niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy
- ☐ - potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego
- ☐ - inne .....

UWAGI: .....

	dd		m-c		rok
Data wydania orzeczenia					
Data następnego badania					

pieczęć i podpis lekarza

☐ - Badany(a) / podmiot kierujący na badanie\* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do .....

w dniu .....

☐ - Dokumentację medyczną wydano osobie badanej / przesłano do jednostki odwoławczej\*

w dniu .....