

# SKIEROWANIE NA BADANIA PROFILAKTYCZNE

www.cmp.med.pl



PROSZĘ ZAWSZE  
UMAWIAĆ TERMIN WIZYTY  
TELEFONICZNIE W REJESTRACJI

INFOLINIA  
tel. **0 801 412 414**

CMP Piaseczno  
ul. Puławska 33, 05-500 Piaseczno,  
tel. (022) 737 50 50,  
info@cmp.med.pl

CMP Białołęka  
ul. Berensona 11, 03-287 Warszawa,  
tel. (022) 741 83 00,  
info@cmp.med.pl

CMP Chmielna  
ul. Chmielna 14, 00-020 Warszawa,  
tel. (022) 827 83 55,  
info@cmp.med.pl

CMP Ochota  
ul. Grójecka 132, 02-390 Warszawa,  
tel. (022) 824 50 56,  
info@cmp.med.pl

miejsowość ..... dnia.....

Miejsce na pieczęć firmową z REGONEM

Kierujemy na badanie:  wstępne  okresowe  kontrolne inne ..... data do kiedy trzeba wykonać badania: .....

Panią / Pana (imię i nazwisko): .....

urodzoną / urodzonego: ..... nr PESEL: .....

zameldowaną / zameldowanego: .....

będzie  jest zatrudniona / zatrudniony na stanowisku .....

wymuszona pozycja ciała: ..... (pion, Centrum) .....

Charakter pracy:  biurowa  fizyczna  inny charakter pracy .....

## Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące na stanowisku pracy (postawić X przy występującym czynniku)

1. Niekorzystne czynniki psychospołeczne:	<input type="checkbox"/> stanowisko decyzyjne	<input type="checkbox"/> monotonia pracy	<input type="checkbox"/> narażenie życia
2. Komputer	<input type="checkbox"/> ilość godzin .....		
3. Kierowanie	<input type="checkbox"/> samochodem (kategoria) .....	<input type="checkbox"/> wózkiem widłowym	<input type="checkbox"/> maszyną w ruchu
4. Praca zmianowa	<input type="checkbox"/> nocna		
5. Praca na wysokościach:	<input type="checkbox"/> do 3 metrów	<input type="checkbox"/> powyżej 3 metrów	
6. Hałas:	<input type="checkbox"/> ilość godzin pracy w hałasie .....	<input type="checkbox"/> natężenie .....	
7. Wibracja:	<input type="checkbox"/> miejscowa	<input type="checkbox"/> ogólna	
8. Czynniki chemiczne:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie .....	<input type="checkbox"/> /środki ochrony roślin	<input type="checkbox"/> bez fosforoorganicznych <input type="checkbox"/> z fosforoorganicznymi
9. Pyły:	<input type="checkbox"/> wymienić jakie .....		
10. Czynniki biologiczne:	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Inne .....
11. Dźwiganie ciężarów:	<input type="checkbox"/> Ile kilogramów .....		
12. Promieniowanie:	<input type="checkbox"/> Jonizujące	<input type="checkbox"/> Nadfioletowe	<input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Podczerwone <input type="checkbox"/> Elektromagnetyczne
11. Inne:	<input type="checkbox"/> Wymienić jakie .....		

Nie występują czynniki szkodliwe.

Na ww. stanowisku wymagane jest badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych:  TAK  NIE

Wyniki dotychczasowych badań środowiska pracy (jeśli były wykonywane):

.....

Nie były wykonywane.

Podpis i pieczęć kierownika działu lub specjalisty BHP