

**851****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA TRANSPORTU I GOSPODARKI MORSKIEJ**

z dnia 20 sierpnia 1999 r.

**w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania przez zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe”.**

Na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117,

poz. 756 i Nr 162, poz. 1115 oraz z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256) zarządza się, co następuje:

§ 1. Dokumentacja medyczna zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe” obejmuje:

- 1) dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną, którą stanowią:
  - a) karta badania wstępnego osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika, stanowiąca załącznik nr 1 do rozporządzenia,
  - b) karta badania okresowego pracownika, stanowiąca załącznik nr 2 do rozporządzenia,
  - c) karta badania kontrolnego pracownika, stanowiąca załącznik nr 3 do rozporządzenia,
  - d) karta badania kontrolnego po czasowej niezdolności do pracy dłuższej niż 30 dni, stanowiąca załącznik nr 4 do rozporządzenia,
  - e) protokół badania psychologicznego, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia,
  - f) protokół badania w kolejowej komisji lekarskiej, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia,
  - g) formularz dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszonym przypadkiem (podejrzeniem) choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia,
  - h) opinia o stanie zdrowia w związku ze zgłoszonym przypadkiem (podejrzeniem) choroby zawodowej, stanowiąca załącznik nr 8 do rozporządzenia,
- 2) dokumentację medyczną indywidualną zewnętrzną, którą stanowią:
  - a) zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia pracownika do celów określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. b) i c) ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. Nr 96, poz. 593 i z 1998 r. Nr 106, poz. 668), zwanej dalej „ustawą”, stanowiące załączniki nr 9 i 10 do rozporządzenia,
  - b) orzeczenie w sprawie choroby zawodowej, stanowiące załącznik nr 11 do rozporządzenia,
- 3) dokumentację medyczną zbiorczą, którą stanowią:
  - a) rejestr wydanych zaświadczeń lekarskich, stanowiący załącznik nr 12 do rozporządzenia,
  - b) księga przyjęć i skorowidz alfabetyczny badanych osób,
  - c) księga przeprowadzonych kontroli,
  - d) księga podejrzeń oraz rozpoznań chorób zawodowych,
  - e) księga udzielonych konsultacji,
  - f) księga odwołań od orzeczeń,
  - g) księga pracy kolejowych komisji lekarskich,
  - h) księga wizytacji stanowisk pracy,
  - i) księga opieki profilaktycznej sprawowanej nad pracownikami,
- 4) dokumentację medyczną określoną w odrębnych przepisach.

§ 2. 1. Karty badania wstępnego, okresowego i kontrolnego są wypełniane przez pracodawcę w części przewidzianej dla pracodawcy (skierowanie na badanie) i przekazywane do dalszego prowadzenia lekarzowi sprawującemu opiekę profilaktyczną.

2. Karty, o których mowa w ust. 1, po przeprowadzeniu badania profilaktycznego pozostają w dokumentacji jednostki organizacyjnej służby medycyny pracy PKP.

§ 3. Protokół badania psychologicznego jest sporządzany przez psychologa.

§ 4. Protokół badania w komisji lekarskiej stanowi dokumentację prowadzoną w kolejowych poradniach medycyny pracy i Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej.

§ 5. Formularz dochodzenia epidemiologicznego w związku ze zgłoszonym przypadkiem (podejrzeniem) choroby zawodowej jest wypełniany przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną, a następnie przekazywany wraz z pozostałą niezbędną dokumentacją, określoną odrębnymi przepisami, do kolejowej poradni medycyny pracy.

§ 6. 1. Opinia o stanie zdrowia w związku ze zgłoszonym przypadkiem (podejrzeniem) choroby zawodowej jest sporządzana po dokonaniu oceny stanu zdrowia przez lekarza kolejowej poradni medycyny pracy lub Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej.

2. Wypełniony formularz wraz z niezbędną dokumentacją jest przekazywany właściwemu inspektorowi sanitarnemu.

§ 7. Rejestr zaświadczeń lekarskich jest prowadzony oddzielnie dla każdego pracodawcy (zakładu pracy PKP).

§ 8. Księgę przyjęć i skorowidz alfabetyczny badanych osób prowadzi właściwe komórki jednostki organizacyjnej służby medycyny pracy PKP, w których są przeprowadzane badania lekarskie pracowników lub badania psychologicznej przydatności zawodowej.

§ 9. Księgę przeprowadzonych kontroli prowadzi kolejowa poradnia medycyny pracy — w odniesieniu do kontroli lekarzy i pielęgniarek kolejowych punktów i przychodni badań profilaktycznych oraz Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej — w odniesieniu do kolejowych poradni medycyny pracy i kolejowych poradni psychologii pracy.

§ 10. Księgi wymienione w § 1 pkt 3 lit. c)—f) oraz h) zawierają informacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycyny pracy i sposobu jej prowadzenia i przechowywania (Dz. U. Nr 120, poz. 768).

§ 11. Księgę podejrzeń oraz rozpoznań chorób zawodowych prowadzi komórki organizacyjne służby medycyny pracy PKP wykonujące badania lekarskie pracowników.

§ 12. Księgę udzielonych konsultacji, o których mowa w art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy, prowadzą kolejowe poradnie medycyny pracy.

§ 13. 1. Księgę pracy kolejowej komisji lekarskiej prowadzą kolejowe poradnie medycyny pracy i Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej.

2. Księga, o której mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) liczbę porządkową,
- 2) datę wniesienia odwołania lub skierowania na badanie przez komisję lekarską,
- 3) dane dotyczące tożsamości osoby odwołującej się lub skierowanej na badanie,
- 4) dane dotyczące pracodawcy,
- 5) stanowisko służbowe,
- 6) przedmiot sprawy (treść wydanego zaświadczenia lub skierowania),
- 7) jednostkę organizacyjną kierującą na badanie przez komisję lekarską,
- 8) treść orzeczenia ustaloną na podstawie ponownego badania lekarskiego.

§ 14. 1. Księgę wizytacji stanowisk pracy prowadzą lekarze i pielęgniarki, dokonując wpisu do księgi wspólnej dla właściwej komórki jednostki organizacyjnej służby medycyny pracy PKP.

2. Księga wizytacji stanowisk pracy zawiera informacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania (Dz. U. Nr 120, poz. 768).

§ 15. 1. Księga opieki profilaktycznej sprawowanej nad pracownikami jest prowadzona oddzielnie dla każdego pracodawcy (zakładu pracy PKP).

2. W księdze opieki profilaktycznej rejestrowane są wszelkie działania profilaktyczne wykonywane przez lekarzy i pielęgniarki oraz inne informacje dotyczące narażenia zawodowego i ryzyka zdrowotnego pracowników.

3. Do działań profilaktycznych, o których mowa w ust. 2, należy w szczególności realizacja badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą, monitorowanie stanu zdrowia pracowników zaliczonych do grup szczególnego ryzyka lub pracujących w warunkach szczególnych, realizacja promocji

zdrowia wraz z programami prozdrowotnymi, udzielanie pierwszej pomocy medycznej, udzielanie porad i informacji pracodawcom oraz udział w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 16. 1. Dokumentacja medyczna jest własnością zakładu opieki zdrowotnej służby medycyny pracy PKP.

2. Dokumentacja medyczna indywidualna wewnętrzna jest udostępniana, na żądanie pracownika lub osoby ubiegającej się o przyjęcie do pracy bądź osoby przez nich upoważnionej, na miejscu w zakładzie za pośrednictwem lekarza sprawującego opiekę.

3. Pracownik lub jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pracownika może wystąpić do jednostki organizacyjnej służby medycyny pracy PKP o sporządzenie odpisów dotyczących pracownika z dokumentacji wewnętrznej zakładu. Sporządzenie odpisów i wyciągów następuje na koszt pracownika.

4. Udostępnienie dokumentacji medycznej wewnętrznej na zewnątrz zakładu organom i jednostkom, o których mowa w art. 18 ust. 3 pkt 2—6 i ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115 oraz z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256), następuje, z uwzględnieniem ust. 2, na podstawie decyzji kierownika zakładu opieki zdrowotnej służby medycyny pracy PKP.

5. Udostępnienie dokumentacji medycznej na zewnątrz zakładu opieki zdrowotnej następuje za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji.

6. W razie wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić pełny odpis wydanej dokumentacji.

§ 17. Okres przechowywania dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej służby medycyny pracy PKP wynosi 20 lat.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Transportu i Gospodarki Morskiej:  
w z. *K. J. Tchórzewski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra  
Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia  
20 sierpnia 1999 r. (poz. 851)

Załącznik nr 1

**KARTA BADANIA WSTĘPNEGO  
OSOBY PRZYJMOWANEJ DO PRACY LUB PRACOWNIKA**

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY

..... dnia .....

(pieczęć pracodawcy)

**SKIEROWANIE NA BADANIE WSTĘPNE**

Nazwisko i imię .....

Urodzony/a w: ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania: .....

Nr dowodu tożsamości ..... nr PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Przewidywane zatrudnienie na stanowisku.....

Na wyżej wymienionym stanowisku pracy występują udokumentowane czynniki:

szkodliwe .....

uciążliwe .....

Aktualne wyniki badań i pomiarów wyżej wymienionych czynników szkodliwych dla zdrowia: .....

.....

Praca jednozmianowa, turnusowa, zmianowa \* .....

Uwagi: .....

.....  
(pieczęć i podpis kierownika zakładu)

**BADANIE LEKARSKIE**

WYPEŁNIA LEKARZ

..... dnia .....

(pieczęć komórki organizacyjnej  
szkuby medycyny pracy PKP)

**I. WYWIAD**

1. Czy pracował/a kiedykolwiek na kolei? Na jakim stanowisku/ach i jak długo na każdym z nich? .....

.....

\* Niepotrzebne skreślić.

2. Kiedy i z jakiego powodu odszedł/odeszła z PKP? .....
3. Dotychczasowy przebieg zatrudnienia poza PKP .....
4. Na którym z zajmowanych wcześniej stanowisk występowały warunki szkodliwe lub uciążliwe, jakie i jak długo? ....
5. Czy odbywał służbę wojskową, a jeżeli nie - czy przyczyną zwolnienia był stan zdrowia? .....
6. Czy badany/a miewał/a lub ma takie dolegliwości, jak: napadowe utraty przytomności, zasłabnięcia, bóle głowy, bóle za mostkiem i inne w klatce piersiowej, ostre napady bólów brzucha, bóle kręgosłupa, pogorszenie wzroku i słuchu, wzmożona nerwowość, inne, jakie? .....
7. Choroby przebyte lub trwające, urazy, wypadki: .....
8. Inne problemy zdrowotne:
- Leczenie szpitalne .....
- Leczenie w poradni specjalistycznej .....
- Spożywanie alkoholu .....
- Palenie papierosów .....
- Spożywanie środków odurzających, substancji psychotropowych albo środków zastępczych .....
9. Czy badany/a uważa się za zdrowego/ą i całkowicie zdolnego/ą do pracy? .....

Oświadczam, że moje odpowiedzi są zgodne z prawdą:

..... dnia .....

(podpis badanego/ej)

## II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

1. Badanie okulistyczne : ..... dnia .....

a) ostrość wzroku:

OP ..... cc .....

OL ..... cc .....

b) zdolność rozpoznawania barw .....

c) pole widzenia .....

d) dno oka .....

e) czy jest porażenie mięśni ocznych? .....

f) czy badany/a zezuje? .....

KATEGORIA WZROKU .....

Uwagi: .....

(pieczęć i podpis lekarza)

2. Badanie laryngologiczne: ..... dnia .....

a) wynik badania otoskopowego: ucho prawe .....  
ucho lewe .....

b) stan narządu równowagi: próba Romberga: ..... oczopląs samoistny .....

c) inne badania .....

d) wynik badania akumetrycznego:

szept: ucho prawe ..... ucho lewe .....

mowa zwykła: ucho prawe ..... ucho lewe .....

mowa głośna: ucho prawe ..... ucho lewe .....

e) badanie audiometryczne:

| Hz      | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|---------|-----|-----|------|------|------|------|------|
| Ucho p. | dB  | dB  | dB   | dB   | dB   | dB   | dB   |
| Ucho l. | dB  | dB  | dB   | dB   | dB   | dB   | dB   |

KATEGORIA SŁUCHU: .....

UWAGI: .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

3. Badania internistyczne:

Wzrost ..... cm Waga ..... kg RR ..... mm/Hg Tętno ..... / min

Budowa ciała: .....

Skóra (wykwity, blizny, tatuaże, obrzęki, węzły chłonne i in.): .....

Głowa (tętno, symetria twarzy, źrenice, śluzówki jamy ustnej, migdałki, zaburzenia mowy): .....

Stan uzębienia: .....

Szyja (ruchomość, tętnienia): .....

Tarczycza (wielkość, szmery): .....

Klatka piersiowa (symetryczność, ruchomość oddechowa, tętno, sutki, guzy): .....

Płuca (odgłos opukowy, szmer oddechowy, szmery dodatkowe): .....

Serce (okolica przedsercowa, granice, tony, szmery): .....

Brzuch (wielkość, napięcie powłok, tętno, perystaltyka, ocena narządów, objawy i opory patologiczne, przepukliny): .....

Układ moczowo-płciowy: .....

Naczynia obwodowe (obecność, symetryczność i cechy tętna, poszerzenie żył i żyłki, nieprawidłowe tętnienia):

.....

Narząd ruchu: .....

.....

Układ nerwowy (napięcie i siła mięśniowa, czucie, odruchy, zbornosć, objaw Babińskiego): .....

.....

Stan psychiczny (zachowanie, chwiejność emocjonalna, objawy psychotyczne, jakie?): .....

.....

**4. Badania dodatkowe:** Morfologia Hb ..... Ht ..... E ..... L .....

OB ..... Glikemia na czczo ..... Mocz .....

EKG .....

.....

Rtg klatki piersiowej: .....

Inne: .....

**5. Rozpoznanie:** .....

**6. Stopień zdolności do pracy:** .....

### III. ORZECZENIE

**Badany/a:**

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny/a do wykonywania pracy na wyżej wymienionym stanowisku \*

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny/a:

- do pracy na wyżej wymienionym stanowisku \*

- do pracy w PKP w ogóle \*

3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił/a zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem .....

..... \*

**Termin badania okresowego (w razie stwierdzenia zdolności do pracy):** .....

**Uwagi (uzasadnienie poszerzenia zakresu badania profilaktycznego lub skrócenia częstotliwości wykonania badania**

**okresowego i inne):** .....

.....

..... dnia .....

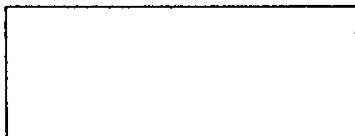
.....  
(pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badania profilaktyczne)

\* Niepotrzebne skreślić.

### KARTA BADANIA OKRESOWEGO PRACOWNIKA

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY

..... dnia .....



(pieczęć pracodawcy)

#### SKIEROWANIE NA BADANIE OKRESOWE

Nazwisko i imię .....

Urodzony/a w: ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania: .....

Nr dowodu tożsamości ..... nr PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zatrudniony/a na stanowisku ..... od .....

Na wyżej wymienionym stanowisku pracy występują udokumentowane czynniki:

szkodliwe .....

uciążliwe .....

Aktualne wyniki badań i pomiarów wyżej wymienionych czynników szkodliwych dla zdrowia: .....

Praca jednozmianowa, tumusowa, zmianowa \* .....

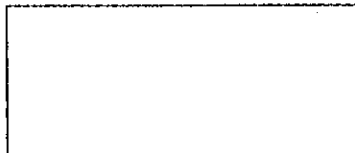
Uwagi: .....

.....  
(pieczęć i podpis kierownika zakładu)

#### BADANIE LEKARSKIE

WYPEŁNIA LEKARZ

..... dnia .....



(pieczęć komórki organizacyjnej  
służby medycyny pracy PKP)

#### I. WYWIAD

1. Dotychczasowy przebieg zatrudnienia poza PKP: .....

.....

.....

\* Niepotrzebne skreślić.



2. Na którym z zajmowanych wcześniej stanowisk występowały warunki szkodliwe lub uciążliwe, jakie i jak długo?

.....

3. Ile godzin upłynęło od zakończenia pracy? .....

4. Czy badany/a jest wypoczęty/a? .....

5. Czy od czasu ostatniego badania służbowego chorował/a? Jeśli tak, wymienić choroby przebyte lub trwające: .....

.....

.....

6. Czy obecnie czuje się zdrowy/a i zdolny/a do pracy? .....

.....

Oświadczam, że moje odpowiedzi są zgodne z prawdą:

..... dnia .....

(podpis badanego/ej)

## II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

1. Badanie okulistyczne: ..... dnia .....

a) ostrość wzroku:

OP ..... CC .....

OL ..... CC .....

b) zdolność rozpoznawania barw .....

c) pole widzenia .....

d) dno oka .....

e) czy jest porażenie mięśni ocznych? .....

f) czy badany/a zezuje? .....

KATEGORIA WZROKU .....

Uwagi .....

(pieczęć i podpis lekarza)

2. Badania laryngologiczne: ..... dnia .....

a) wynik badania otoskopowego: ucho prawe .....

ucho lewe .....

b) stan narządu równowagi: próba Romberga: ..... oczopląs samolotny .....

c) inne badania .....

.....

## d) wynik badania akumetrycznego:

szept: ucho prawe ..... ucho lewe .....  
 mowa zwykła: ucho prawe ..... ucho lewe .....  
 mowa głośna: ucho prawe ..... ucho lewe .....

## e) badanie audiometryczne:

| Hz      | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|---------|-----|-----|------|------|------|------|------|
| Ucho p. | dB  | dB  | dB   | dB   | dB   | dB   | dB   |
| Ucho l. | dB  | dB  | dB   | dB   | dB   | dB   | dB   |

KATEGORIA SŁUCHU: .....

UWAGI: .....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

## 3. Badania internistyczne:

Wzrost ..... cm Waga ..... kg RR ..... mm/Hg Tętno ..... / min

Budowa ciała .....

Skóra (wykwity, blizny, tatuaże, obrzęki, węzły chłonne i in.): .....

Głowa (tkliwość, symetria twarzy, źrenice, śluzówki jamy ustnej, migdałki, zaburzenia mowy): .....

Stan uzębienia: .....

Szyja (ruchomość, tętnienia): .....

Tarczyca (wielkość, szmery): .....

Klatka piersiowa (symetryczność, ruchomość oddechowa, tkliwość, sutki, guzy): .....

Płuca (odgłos opukowy, szmer oddechowy, szmery dodatkowe): .....

Serce (okolica przedsercowa, granice, tony, szmery): .....

Brzuch (wielkość, napięcie powłok, tkliwość, perystaltyka, ocena narządów, objawy i opory patologiczne, przepukliny) .....

Układ moczowo-płciowy .....

Narząd ruchu .....

Naczynia obwodowe (obecność, symetryczność i cechy tętna, poszerzenie żył i żyłki, nieprawidłowe tętnienia):

Układ nerwowy ( napięcie i siła mięśniowa, czucie, odruchy, zbornosć, objaw Babińskiego): .....

Stan psychiczny (zachowanie, chwiejność emocjonalna, objawy psychotyczne, jakie?): .....

4. Badania dodatkowe: Morfologia: Hb ..... Ht ..... E ..... L .....

OB ..... Glikemia na czczo ..... Mocz .....

EKG .....

Rtg klatki piersiowej: .....

Inne: .....

5. Rozpoznanie: .....

6. Stopień zdolności do pracy: .....

### III. ORZECZENIE

Badany/a:

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny/a do pracy na obecnie zajmowanym (wyżej wymienionym) stanowisku

- bez ograniczeń \* - z ograniczeniem \* (jakim?) .....

(trwale, czasowo \*)

Termin badania

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny/a: .....

- do pracy na zajmowanym obecnie (wyżej wymienionym) stanowisku \*

- do pracy w PKP w ogóle \*

W związku z powyższym konieczne jest przeniesienie do pracy na inne stanowisko

(wymienić) ..... na okres .....

Termin badania okresowego (w razie stwierdzenia zdolności do pracy) .....

Uwagi (uzasadnienie poszerzenia zakresu badania profilaktycznego lub skrócenia częstotliwości wykonania badania okresowego i inne): .....

..... dnia .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badania profilaktyczne)

\* Niepotrzebne skreślić.

## KARTA BADANIA KONTROLNEGO PRACOWNIKA

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY

..... dnia .....

(pieczęć pracodawcy)

### SKIEROWANIE NA BADANIE KONTROLNE

Nazwisko i imię .....

Urodzony/a w: ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania: .....

Nr dowodu tożsamości ..... nr PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zatrudniony/a na stanowisku ..... od .....

Na wyżej wymienionym stanowisku pracy występują udokumentowane czynniki:

szkodliwe .....

uciążliwe .....

Praca jednozmianowa, turnusowa, zmianowa \* .....

Przyczyna skierowania na badania kontrolne .....

.....

.....  
(pieczęć i podpis kierownika zakładu)

### BADANIE LEKARSKIE

WYPEŁNIA LEKARZ

..... dnia .....

(pieczęć komórki organizacyjnej  
służby medycyny pracy PKP)

#### I. WYWIAD

1. Czy przed zatrudnieniem na obecnie zajmowanym stanowisku pracował/a również na kolei? .....
- na jakim stanowisku/ach i jak długo na każdym z nich? .....
- .....

\* Niepotrzebne skreślić.

2. Na którym z zajmowanych wcześniej stanowisk występowały warunki szkodliwe lub uciążliwe, jakie i jak długo?

.....

3. Czy badany/a miewał/a lub ma takie dolegliwości, jak: \* napadowe utraty przytomności, zasłabnięcia, bóle i zawroty głowy, bóle za mostkiem i inne w klatce piersiowej, ostre napady bólów brzucha, bóle kręgosłupa, pogorszenie wzroku i słuchu, wzmożona nerwowość, inne, jakie? .....

.....

.....

4. Choroby przebyte lub trwające, urazy, wypadki: .....

.....

.....

5. Czy badany/a uważa się za zdrowego/ą i całkowicie zdolnego/ą do pracy? .....

6. Dane dotyczące okoliczności związanych ze skierowaniem na badanie kontrolne: .....

.....

.....

.....

Oświadczam, że moje odpowiedzi są zgodne z prawdą:

..... dnia .....

(podpis badanego/jej)

## II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

### 1. Badanie internistyczne:

Wzrost ..... cm Waga ..... kg RR ..... mm/Hg Tętno: ..... / min

Budowa ciała .....

Skóra (wykwity, blizny, tatuaże, obrzęki, węzły chłonne i in.): .....

.....

Głowa (tętno, symetria twarzy, źrenice, śluzówki jamy ustnej, migdałki, zaburzenia mowy): .....

.....

.....

Szyja (ruchomość, tętnienia): .....

.....

Tarczycza (wielkość, szmery): .....

Klatka piersiowa (symetryczność, ruchomość oddechowa, tętno, sutki, guzy): .....

.....

Płuca (odgłos opukowy, szmer oddechowy, szmery dodatkowe): .....

.....

Serce (okolica przedsercowa, granice, tony, szmery): .....

.....

Brzuch (wielkość, napięcie powłok, tętno, perystaltyka, ocena narządów, objawy i opory patologiczne, przepukliny): .....

.....

\* Niepotrzebne skreślić.

Układ moczowo-płciowy:

.....

Naczynia obwodowe (obecność, symetryczność i cechy tętna, poszerzenie żył i żyłaki, nieprawidłowe tętnienia):

.....

.....

Narząd ruchu: .....

.....

Układ nerowy (napiecie i siła mięśniowa, czucie, odruchy, zmożność, objaw Babińskiego): .....

.....

.....

Stan psychiczny (zachowanie, chwleżność emocjonalna, objawy psychotyczne, jakie?): .....

.....

.....

**2. Konsultacje specjalistyczne:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Badania dodatkowe:** .....

.....

.....

.....

**4. Rozpoznanie:** .....

.....

**5. Stopień zdolności do pracy:** .....

**III. ORZECZENIE****Badany/a:**

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny do wykonywania pracy na obecnie zajmowanym (wyżej wymienionym) stanowisku \*

- bez ograniczeń/ z ograniczeniem (jakim?) ..... \*

(trwale, czasowo - na okres .....) \*

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny/a do podjęcia/wykonywania pracy :

- na stanowisku ..... trwale, czasowo - na okres ..... \*

- do pracy w PKP trwale, czasowo - na okres ..... \*

- w związku z niezdolnością do pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku konieczne jest przeniesienie badanego/ej do pracy na inne stanowisko (wymienić jakie?)

..... na okres ..... \*

3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił/a zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem

..... \*

UWAGI: .....

.....

.....

.....

..... dnia .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badania profilaktyczne)

\* Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 4

**KARTA BADANIA KONTROLNEGO**  
po czasowej niezdolności do pracy dłuższej niż 30 dni

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY

..... dnia .....



(pieczęć pracodawcy)

**SKIEROWANIE NA BADANIE KONTROLNE**  
po czasowej niezdolności do pracy dłuższej niż 30 dni

Nazwisko i imię .....

Urodzony/a w: ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania: .....

Nr dowodu tożsamości ..... nr PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zatrudniony/a na stanowisku ..... od .....

Na wyżej wymienionym stanowisku pracy występują udokumentowane czynniki:

szkodliwe .....

uciążliwe .....

Aktualne wyniki badań i pomiarów wyżej wymienionych czynników szkodliwych dla zdrowia: .....

.....  
.....

Praca jednozmianowa, turnusowa, zmianowa \* .....

Od kiedy pracownik jest niezdolny do pracy z powodu choroby .....

.....  
.....

Uwagi .....

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis kierownika zakładu)

\* Niepotrzebne skreślić.



**BADANIE LEKARSKIE**

WYPEŁNIA LEKARZ

..... dnia .....



(pieczęć komórki organizacyjnej  
służby medycyny pracy PKP)

**I. WYWIAD (ze szczególnym uwzględnieniem przyczyny orzekania o czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni):**

.....  
.....  
.....

**II. BADANIE PRZEDMIOTOWE**

.....  
.....  
.....

**III. WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH I KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH**

(uznanych przez lekarza za niezbędne do oceny aktualnego stanu zdrowia pracownika)

.....  
.....

**IV. ORZECZENIE**

Badany/a :

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny do wykonywania pracy na obecnie zajmowanym (wyżej wymienionym) stanowisku \*

- bez ograniczeń \* - z ograniczeniem \* (jakim?) .....  
(trwale, czasowo - na okres ..... \*)

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny/a do podjęcia/wykonywania pracy:

- na stanowisku ..... trwale, czasowo - na okres ..... \*  
- do pracy w PKP trwale, czasowo - na okres ..... \*

UWAGI: .....  
.....

..... dnia .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badania profilaktyczne)

\* Niepotrzebne skreślić.



.....  
(pieczęć kolejowej komisji lekarskiej)

Nr ewidencyjny

## Protokół badania w kolejowej komisji lekarskiej

W ..... z dnia ..... r.

|  |   |
|--|---|
| 1. Nazwisko i imię badanego  | .....<br>data urodzenia   |
| 2. a) czynny zawodowo (charakter służbowy, ** stanowisko służbowe, jednostka nadrzędna)<br>b) bierny zawodowo (emeryt, rencista, członek rodziny)<br>c) osoba postronna  | nr PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>.....<br>Nr dowodu tożsamości *** |
| 3. Adres zamieszkania  |   |
| 4. Przebieg zatrudnienia   | w ogóle od r. ....<br>na PKP od r. ....<br>na obecnie zajmowanym stanowisku od r. ....  |
| 5. Na czyj wniosek zarządzono badanie  |   |
| 6. a) data i miejsce ostatniego badania okresowego<br>b) od kiedy badany nie pracuje (data)  |   |
| 7. **** Dane z protokołu przypadkowego i data, okoliczności, przebieg wypadku. Badanie krwi na zawartość alkoholu tak * nie * wynik  |   |
| 8. Badanie podmiotowe:<br>Wywiad - skargi badanego, czas powstania choroby, przebieg dotychczasowego leczenia - szpital, sanatorium, leczenie ambulatoryjne, nazwa zakładu leczniczego, okres leczenia, rozpoznanie kliniczne i wyniki leczenia. Przebyte choroby, operacje, wypadki (kiedy?).<br>Czy odbywał służbę wojskową, a jeżeli nie - czy przyczyną zwolnienia był stan zdrowia. |   |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

9. Badanie przedmiotowe  
(wszystkie układy, stan psychiczny)

Wzrost ..... Waga .....

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

10. Badający ..... dnia ..... r.

Słuch .....

| Siła słuchu | U. prawe | U. lewe | Kategoria          | Wynik badania audiometrycznego, innych **** |
|-------------|----------|---------|--------------------|---|
| Szept       |          |         |                    |   |
| Mowa zwykła |          |         | .....<br>(cyfra)   |   |
| Mowa głośna |          |         |                    |   |
| Wycie       |          |         | .....<br>(słownie) |   |

|  |          |   |           |                                     |                            |
|--|----------|---|-----------|-------------------------------------|----------------------------|
| 11. Badający ..... dnia ..... r.   |          |   |           |                                     |                            |
| Wzrok (wg Snellena)  |          |   |           |                                     |                            |
| Ostrość wzroku   | O. prawe | O. lewe   | Kategoria | oczopląs                            |                            |
| Bez szkieł   |          |   | (cyfra)   | zez                                 |                            |
| Wartość korekcji   |          |   |           | pole widzenia                       |                            |
| Ze szkiełami   |          |   |           | dno oka **                          |                            |
| Rozpoznanie barw (tablice)   |          |   |           | rozstaw źrenic **                   |                            |
| Wynik badania anomaloskopowego ****  |          |   |           | długość zauszników ****             |                            |
| Rozpoznanie okulistyczne.  |          |   |           |                                     |                            |
| 12. Wyniki badań specjalistycznych i pomocniczych (data badania, nazwisko lekarza, data badań pomocniczych). |          |   |           |                                     |                            |
| 13. Rozpoznanie (z uwzględnieniem upośledzenia funkcji narządu lub ustroju).                                 |          |   |           | Nr statystyczny choroby podstawowej | Stopień zdolności do pracy |
|  |          |   |           |                                     | (cyfra)                    |
|  |          |   |           |                                     | (słownie)                  |
| 14. Orzeczenie   |          |   |           |                                     |                            |
| Zdolny do służby<br>A. na PKP w ogóle<br>tak * / nie *   |          | a) trwale **<br>b) czasowo ** od ..... do .....                       |           |                                     |                            |
| B. Zdolny do służby<br>na zajmowanym stanowisku<br>tak * / nie *   |          | a) trwale **<br>b) czasowo ** od ..... do .....<br>(liczba dni) ..... |           |                                     |                            |
| C. Na jakim stanowisku badany może być zatrudniony?  |          |   |           |                                     |                            |

|   |  |   |
|---|--|---|
| D. Zastrzeżenia (ograniczenie dźwignia ciężarów, wyłączenie pracy nocnej itp.)  |  |   |
| E. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem w pracy - kolejowym *   | .....<br>(cyfra)<br>.....<br>(słownie) | Łączna liczba dni niezdolności do pracy wskutek wypadku |
| F. Urlop zdrowotny  | a) konieczny<br>b) zbędny *            | na okres .....  |
| G. Inne (wnioski o ulgę do Naczelnika Zarządu, potrzeba skierowania do domu wysłużonego kolejarza, konieczność przedłużenia okresu zasiłkowego, rodzaj, typ pomocniczego środka leczniczego itp.) |  |   |
| H. Ponowne badanie komisyjne  | a) Tak * - kiedy<br>b) Nie *           |   |
| 15. Uzasadnienie orzeczenia, podstawa prawna  |  |   |

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Właściwe podkreślić.

\*\*\* U nieletnich inny dokument stwierdzający tożsamość.

\*\*\*\* Podać w przypadkach istotnych dla orzeczenia.

Skład komisji:

|                |  |                            |
|----------------|--|----------------------------|
| Przewodniczący | .....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja)   | .....<br>(pieczęć, podpis) |
| Członkowie:    | 1. ....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) | .....<br>(pieczęć, podpis) |
|                | 2. ....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) | .....<br>(pieczęć, podpis) |
|                | 3. ....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) | .....<br>(pieczęć, podpis) |
|                | 4. ....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) | .....<br>(pieczęć, podpis) |
|                | 5. ....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) | .....<br>(pieczęć, podpis) |
|                | 6. ....<br>(imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) | .....<br>(pieczęć, podpis) |

Zatwierdzam

m. p.

..... dnia ..... r.

.....  
 (pieczęć komórki organizacyjnej  
 służby medycyny pracy PKP)

**FORMULARZ**  
 dochodzenia epidemiologicznego  
 w związku ze zgłoszonym przypadkiem (podejrzeniem) choroby zawodowej

**DANE PERSONALNE**

1. Nazwisko i imię ..... data ur. ....
2. Miejsce zamieszkania .....
3. Nazwa zakładu pracy (w pełnym brzmieniu i adres) .....  
 ..... Symbol GUS .....
4. Stanowisko pracy zajmowane przez ww. w obecnym zakładzie (możliwie najdokładniej -  
 - wydział, oddział itp.)  
 a) ostatnio ..... od ..... do .....  
 b) poprzednio ..... od ..... do .....  
 ..... od ..... do .....  
 ..... od ..... do .....
5. Poprzednie miejsca pracy i stanowiska - przed zatrudnieniem w obecnym zakładzie .....

**DANE DOTYCZĄCE ZACHOROWANIA**

1. Jednostka chorobowa .....  
 (podejrzenie, rozpoznanie, stan przewlekły, ostry, śmiertelny)
2. Kto ustalił rozpoznanie - podejrzenie .....
3. Podczas jakich badań rozpoznano chorobę .....  
 (okresowe, kontrolne, porada itp.)
4. Czy chorego z podejrzeniem skierowano celem ustalenia rozpoznania:  
 a) gdzie, kiedy .....
- b) wyniki badania konsultacyjnego .....
5. Czy u wyżej wymienionego przeprowadzono wstępne badania lekarskie - kiedy, w jakim zakładzie  
 i z jakim wynikiem (wg. dokumentacji) .....
6. Czy i jak często był wyżej wymieniony poddawany badaniom okresowym, jaki był zakres tych badań  
 oraz jakie były orzeczenia lekarskie po nich wydane (wg. dokumentacji) .....
7. Okoliczności, w jakich doszło do zachorowania (szczegółowo) .....
8. Dalsze losy chorego .....  
 (pozostaje nadal na tym samym stanowisku, przeniesienie okresowe, stałe inne oddelegowania)

## DANE DOTYCZĄCE ŚRODOWISKA

1. Warunki higienicznosanitarne środowiska pracy, w którym zatrudnienie było przypuszczalną przyczyną zachorowania:
  - a) czynnik szkodliwy i jego źródła .....
  - b) czynniki współistniejące, mające wpływ na powstanie zachorowania .....
  - c) badania środowiskowe (kto, kiedy, wyniki) .....
2. Czas ekspozycji pracownika, którego postępowanie dotyczy, na ww. czynniki szkodliwe (stałe, dorywcze, okresowe itp.) .....

  - a) w danym zakładzie ..... lat ..... miesięcy .....
  - b) w poprzednich miejscach pracy ..... lat ..... miesięcy .....
  - Ogólny okres ekspozycji ..... lat ..... miesięcy .....

3. Ile osób w zakładzie narażonych jest na działanie tego samego czynnika szkodliwego .....

  - a) czy przeprowadzono badania tych osób (kiedy, ile, zakres) .....
  - b) czy były przypadki zachorowań na tę samą chorobę zawodową (kiedy, ile) .....
  - c) czy występowały inne choroby (zatrucia) zawodowe (kiedy, ile, jakie) .....

4. Istniejące środki zabezpieczające przed ujemnym działaniem czynników szkodliwych wywołujących chorobę:
  - a) techniczne .....
  - b) ochrony osobistej .....
  - c) z jakich zabezpieczeń korzystał poszkodowany (szczegółowo) .....
5. Środki zapobiegawcze podjęte obecnie przez:
  - a) zakład pracy .....
  - b) organy Inspekcji Sanitarnej .....
6. Czy istniały możliwości narażenia na czynnik szkodliwy poza miejscem pracy .....
7. Inne uwagi i spostrzeżenia (w razie braku miejsca w załączniku) .....
8. Osoby udzielające informacji: .....

(Imię, nazwisko i stanowisko  
przedstawiciela zakładu pracy)

Data .....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza  
przeprowadzającego dochodzenie)



.....  
 (pieczęć komórki organizacyjnej  
 służby medycyny pracy PKP)

## OPINIA O STANIE ZDROWIA

w związku ze zgłoszonym przypadkiem (podejrzeniem) choroby zawodowej

WYDANO NA WNIOSEK

|  |                             |                         |
|--|-----------------------------|-------------------------|
| IMIĘ I NAZWISKO  |                             | DATA URODZENIA          |
|  |                             |                         |
| ADRES ZAMIESZKANIA   | NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY |                         |
|  |                             |                         |
| STANOWISKO PRACY, NA KTÓRYM ISTNIEJE<br>ZAGROŻENIE CHOROBA ZAWODOWA  | STAŻ PRACY NA<br>STANOWISKU | NIE PRACUJE<br>OD LAT * |
|  |                             |                         |
| Czynności wykonywane na stanowisku pracy:                            |                             |                         |
|  |                             |                         |
| Czynniki szkodliwe i uciążliwe występujące na stanowisku pracy:      |                             |                         |
|  |                             |                         |
| <b>BADANIE PODMIOTOWE</b>  |                             |                         |
|  |                             |                         |
| <b>BADANIE PRZEDMIOTOWE</b><br>(w szczególności odchylenia od normy) |                             |                         |
|  |                             |                         |

\* Niepotrzebne skreślić.

## WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH

## KONSULTACJE

Dochodzenie epidemiologiczne przeprowadził:

Wynik dochodzenia:

## ROZPOZNANIE KLINICZNE (w języku polskim)

(\*) Rozpoznaje się chorobę zawodową

(\*) Brak podstaw do rozpoznania choroby zawodowej

## UZASADNIENIE

..... dnia .....

pieczęć i podpis lekarza

## OTRZYMUJĄ:

1. .... Inspektor Sanitarny w .....
2. Zainteresowany
3. Wnioskodawca

.....  
 (pieczęć komórki organizacyjnej  
 służby medycyny pracy PKP)

..... dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy orzeka się, że:

Pan/i .....

Urodzony/a w ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu tożsamości .....

zatrudniony/a, przyjmowany/a do pracy \*

w .....

(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku/ na stanowisko \*

.....

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolny do wykonywania pracy na wyż. wymienionym stanowisku \*

- bez ograniczeń \*

- z ograniczeniem (jakim?) .....

(trwale - czasowo) \*

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny/a do podjęcia pracy / wykonywania pracy:

na stanowisku .....

(trwale - czasowo) \*

w PKP .....

(trwale - czasowo) \*

3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił/a zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem \*

.....

Stan zdrowia badanego/ej określa:

kategoria wzroku .....

kategoria słuchu .....

stopień zdolności do pracy .....

Data następnego badania okresowego .....

.....  
 (pieczęć i podpis lekarza)

\* Niepotrzebne skreślić.

POUCZENIE: Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w ciągu 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do właściwej poradni medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane w poradni medycyny pracy - do Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

.....  
 (pieczęć komórki organizacyjnej  
 służby medycyny pracy PKP)

..... dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy orzeka się, że:

Pan/i .....

Urodzony/a w ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu tożsamości .....

zatrudniony/a

W .....

(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku

ze względu na istniejące przeciwwskazania:

- 1) szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie (art. 55 § 1 kodeksu pracy) \*
- 2) niemożność wykonywania dotychczasowej pracy przez kobietę w okresie ciąży (art. 179 § 1 pkt 2 kp) \*
- 3) zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego (art. 201 § 2 kp) \*
- 4) podejrzenie powstania choroby zawodowej (art. 230 § 1 kp) \*
- 5) niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy (art. 231 kp) \*

stała się niezdolny/a do wykonywania dotychczasowej pracy.

W związku z powyższym konieczne jest przeniesienie do pracy na innym stanowisku

na okres .....

Uwagi lekarza: .....

.....  
 .....

.....  
 (pieczęć i podpis lekarza)

\* Niepotrzebne skreślić.

**POUCZENIE:** Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w ciągu 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do właściwej poradni medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane w poradni medycyny pracy - do Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

..... dnia .....

(pieczęć kolejowej poradni medycyny pracy)

## ORZECZENIE W SPRAWIE CHOROBY ZAWODOWEJ

wydane na wniosek: .....

W wyniku badania lekarskiego, informacji uzyskanych z zebranej dokumentacji i dochodzenia epidemiologicznego w środowisku pracy orzeka się, że:

u Pana/i .....

Urodzonego/ej w ..... dnia ..... miesiąca ..... roku .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu osobistego .....

zatrudnionego/ej w .....

na stanowisku .....

w narażeniu na: .....

rozpoznano chorobę zawodową: \* .....

brak jest podstaw do rozpoznania choroby zawodowej: \*<sup>1</sup> .....

Uzasadnienie:

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Otrzymują:

1. Kolejowy Inspektor Pracy w .....
2. Zainteresowany

\* Niepotrzebne skreślić.

