

## SKIEROWANIE DO PRODANI KONSULTACYJNEJ MEDYCYNY PRACY

MWOMP ul. Kolegialna 17, tel. 24 267-84-58

ustalony termin badania odwoławczego.....

### Proszę o przeprowadzenie badania odwoławczego:

1. Imię i Nazwisko.....

2. PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Miejsce zamieszkania.....  
.....

4. Kandydat do pracy / pracownik

Pełna nazwa zakładu pracy.....

Numer identyfikacyjny REGON.....

Adres zakładu pracy.....

5. Stanowisko pracy.....

Charakterystyka wykonywanej pracy/rodzaj wykonywanych czynności.....  
.....

Czynniki szkodliwe i uciążliwe na stanowisku.....  
.....  
.....

Czasookres narażenia.....

6. Stwierdzone nieprawidłowości w stanie zdrowia kierowanego, stanowiące podstawę negatywnego orzeczenia, uwagi:

7. Jaką drogą ma być przekazane zaświadczenie wydane w trybie odwoławczym:

- a) za pośrednictwem pacjenta
- b) pocztą
- c) inną, jaką.....

8. Załączniki:

- 1. wniosek o badanie w trybie odwoławczym strony odwołującej się od treści zaświadczenia lekarskiego z uzasadnieniem
- 2. pełna dokumentacja badania profilaktycznego, w wyniku którego wydano kwestionowane zaświadczenie (w tym skierowanie od pracodawcy, wyniki badań dodatkowych, wyniki konsultacji specjalistycznych)
- 3. dokumentacja lecznicza, jeśli była wykorzystywana do sformułowania kwestionowanego zaświadczenia lekarskiego, np.: zaświadczenie o zakończeniu leczenia od lekarzy leczących, przedłożone podczas badania kontrolnego.

Data.....

pieczęćka i podpis lekarza