



Oznaczenie pracodawcy  
(pieczęć, nadruk lub naklejka,  
zawierająca nazwę, adres, NIP,  
Regon)

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE  
(wstępne/okresowe/kontrolne<sup>\*)</sup>)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią<sup>\*)</sup> .....  
(imię i nazwisko)

nr PESEL<sup>\*\*)</sup> .....

zamieszkałego/zamieszkałą<sup>\*)</sup> .....  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną<sup>\*)</sup> lub podejmującego/podejmującą<sup>\*)</sup> pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....

określenie stanowiska/stanowisk<sup>\*)</sup> pracy<sup>\*\*\*)</sup> .....

.....

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia<sup>\*\*\*\*)</sup>:

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....  
pieczęć (nadruk lub naklejka) imię,  
nazwisko i własnoręczny podpis  
kierującego na badania lekarskie

....., dnia.....



ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM  
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Dane osobowe:

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy pacjenta.....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)

NIE  TAK

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?  
(zaznacz właściwe)

NIE  TAK

Czy miała Pani/Pan kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

NIE  TAK Czy w

ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37, 5 st. C			
Kaszel			
Duszność			
inne			

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy

Pomiar temperatury wykonany w NZOZ MEDIVITA S.C. w Rykach ..... st. C

Podpis pielęgniarki wykonującej pomiar temperatury .....