Pieczęć Jednostki Kierującej …..………………………....,…………………  
 (miejscowość) (data)

**SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE**

**do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Gorzowie Wlkp.**

**ul. Fabryczna 70**

1. Imię i nazwisko:...............................................................................................................................................

2. PESEL:

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

3. Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………………

4. Nazwa i adres zakładu pracy:..........................................................................................................................

5. Stanowisko i opis wykonywanych czynności:………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

6. Cel konsultacji: …..........................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

7. Załączniki: \*

- dokumentacja badania/badań profilaktycznych (w tym skierowanie od pracodawcy);

- wyniki badań dodatkowych/wyniki konsultacji specjalistycznych;

- dokumentacja medyczna pacjenta.

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

Pieczęć i podpis

lekarza kierującego na konsultację

\* odpowiednie podkreślić