

ANKIETA MEDYCINA PRACY

WU2/1707/NG/1

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

Nazwa _____

Ulica _____ Nr domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

REGON _____ lub NIP _____ KRS _____

OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ UBEZPIEZAJĄCEGO DO KONTAKTU (właściciel, pracownik BHP, inna osoba posiadająca odpowiednie upoważnienia)

Imię i nazwisko _____ Telefon kontaktowy _____ e-mail _____

STRUKTURA ZATRUDNIENIA

Rodzaje stanowisk pracy	Liczba osób zatrudnionych ogółem	Liczba osób zatrudnionych na 12 miesięcy przed datą wypełnienia ankiety	Szacowana liczba osób kierowanych na badania w okresie 12 miesięcy od daty wypełnienia ankiety
pracownicy biurowi			
pracownicy fizyczni			
stanowiska z wymaganą książeczką do celów sanitarno-epidemiologicznych			
stanowiska z wymaganym świadectwem kwalifikacji dot. kierowców			
RAZEM:			

CZYNNIKI SZKODLIWE I UCIAŻLIWE WYSTĘPUJĄCE NA STANOWISKU PRACY

Rodzaj zagrożenia na stanowisku pracy	Liczba osób zatrudnionych	Rodzaj zagrożenia na stanowisku pracy	Liczba osób zatrudnionych
stanowiska decyzyjne		mikroklimat zimny	
praca z komputerem		czynniki chemiczne: arsen / benzen / chlor / chrom / winylobenzen (styren) / chlorek	
kierowanie samochodem		pyły: azbest / metale twarde / tworzywa sztuczne / pyły zwierzęce i roślinne	
kierowanie wózkiem widłowym		czynniki biologiczne HBV	
kierowanie maszyną w ruchu		czynniki biologiczne HCV	
praca zmianowa (nocna)		dźwiganie ciężarów	
praca na wysokości do 3 metrów		promieniowanie RTG	
praca na wysokości powyżej 3 metrów		promieniowanie UV	
stały wysiłek głosowy		laser	
hałas		monotonia pracy	
praca w słuchawkach		narażenie życia	
wibracja miejscowa		inne, jakie:	
wibracja ogólna			
mikroklimat gorący			

AKTUALNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZĄCY PROFILAKTYCZNĄ OPIEKĘ MEDYCZNĄ DLA PRACOWNIKÓW

Nazwa	
Lokalizacja	

Miejscowość _____ Data DD MM RR RR RR RR _____

Podpis właściciela, pracownika BHP, innej osoby posiadającej odpowiednie upoważnienia _____