

.....
(oznaczenie podmiotu przeprowadzającego badanie lekarskie)

REJESTR WYDANYCH ORZECZEŃ

Lp. (nr)	Imię, nazwisko i nr PESEL osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika	Rodzaj orzeczenia*)	Data wydania	Potwierdzenie odbioru orzeczenia	Uwagi / rodzaj badania lekarskiego (w, o, k)**)
1	2	3	4	5	6

*) - Symbole rodzaju orzeczenia:

- 21- wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy
- 22- wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy
- 23- wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy
- 31- niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
- 33- niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na zagrożenie zdrowia młodocianego
- 34- niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na podejrzenie powstania choroby zawodowej
- 35- niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy

***) - Rodzaj badania lekarskiego:

- w – wstępne
- o – okresowe
- k – kontrolne