

WZÓR

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresaci:		
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Województwo:			
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:			

NIE WYPELNIĄĆ

1.	2.	3.					
(imię i nazwisko chorego)	(płeć)	(data urodzenia)					
4.							
(adres chorego)							
5.			0.				
(pełne rozpoznanie choroby zawodowej)			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych							
6. Orzeczono czasową niezdolność do pracy			4.				
NIE/TAK*) na ile dni			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
7. Orzeczono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy)							
NIE/TAK*) na ile dni							
8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu							
NIE/TAK*) w wysokości			%				
8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie							
NIE/TAK*) w wysokości							
8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową							
NIE/TAK*)							
9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej*) niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej							
NIE/TAK*)							
9a. Przyznano rentę szkoleniową							
NIE/TAK*) na okres			miesiące				
9b. Przyznano rentę okresową							
NIE/TAK*) na okres			miesiące				
9c. Przyznano rentę stałą							
NIE/TAK*)							

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta
NIE/TAK*)

.....
(data)

.....
(podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej przez pracodawcę)

*) Niepotrzebne skreślić.

OBJAŚNIENIA do wypełniania karty stwierdzenia choroby zawodowej

Uwagi ogólne:

1. Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jego przystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy.
2. Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem komputerowym.
3. W polu oznaczonym „Adresaci:” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, oraz nazwę i adres odpowiednio: państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w I instancji.
4. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
5. W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy.
6. W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
7. W polu oznaczonym „Województwo:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała choroba zawodowa.
8. W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Uwagi szczegółowe:

- pkt 2 Wpisać kod – M (mężczyzna) lub K (kobieta).
- pkt 5 Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.
- pkt 8 Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczony przez lekarza orzecznika ZUS.