

Nazwa i adres pracodawcy, w którego zakładzie pracy stwierdzono chorobę zawodową	<b>ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ</b>	Adresat: 1) Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi
	Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w .....
Numer identyfikacyjny – REGON pracodawcy	Województwo: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienie na odwrocie</b> <b>Wysłać bez pisma przewodniego</b>
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej .....	

1. .... 2. .... 3. ....  
imię i nazwisko chorego      płeć /M lub K/      data urodzenia

4. ....  
adres chorego

5. ....  
pełne rozpoznanie choroby zawodowej  
- pozycja w wykazie chorób zawodowych .....

6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy: NIE/TAK\* na ile dni .....

7. Orzeczone okresową niezdolność do pracy z powodu choroby/czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy/: NIE/TAK\* na ile dni .....

8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu NIE/TAK\* w wysokości .....%

8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie: NIE/TAK\*

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 .....miesiący

9b. Przyznano rentę okresową NIE/TAK\*, na okres .....miesiący

9c. Przyznano rentę stałą NIE/TAK\*

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta/rencisty/ bezrobotnego...\* NIE/TAK\*

.....  
data

.....  
podpis

NIE WYPELNIĄĆ

0.

4.

\* Niepotrzebne skreślić.

## OBJAŚNIENIA

### do wypełniania zawiadomienia o skutkach 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 maszynowym i po sprawdzeniu przesać do państwowego inspektora sanitarnego wydającego decyzję w I instancji oraz do Zakładu Epidemiologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, skr. poczt. 199.
3. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
4. W pole oznaczone "Numer identyfikacyjny - REGON pracodawcy" należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy, który należy uzyskać podczas oceny warunków pracy przeprowadzonej u pracodawcy.
5. W pole oznaczone "Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej" należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
6. W pole oznaczone "województwo" wpisać nazwę województwa, na terenie którego powstała choroba zawodowa.
7. W pole oznaczone "data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej" wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

#### Uwagi szczegółowe:

- |             |   |
|-------------|---|
| pkt 5       | Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.   |
| pkt 6       | Wpisać liczbę dni niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową.   |
| pkt 7       | Wpisać liczbę dni okresowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub przeniesienia na inne stanowisko pracy.  |
| pkt 8       | Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczonego przez lekarza orzecznika ZUS.  |
| pkt 8a      | Wpisać wysokość jednorazowego odszkodowania wypłaconego w związku ze stwierdzeniem choroby zawodowej.   |
| pkt 8b      | Zaznaczyć, czy przyznano świadczenia wyrównawcze w związku ze stwierdzeniem choroby zawodowej.  |
| pkt 9, 9a-c | Zaznaczyć, czy pracownikowi przyznano rentę z tytułu choroby zawodowej i podać, czy jest to renta z tytułu częściowej, czy całkowitej niezdolności do pracy oraz na jaki okres została przyznana. |