

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Lublinie 20-708 Lublin, ul. Pielęgniarek 6 tel. 81 743-42-72/ 73 fax. 81 743-46-86	KARTA STWIERDZENIA CHOROBY ZAWODOWEJ nr	Centralny Rejestr Chorób Zawodowych Instytut Medycyny Pracy w Łodzi im prof. dr med. J. Nofera 90-950 Łódź, ul. Św. Teresy 8
Nr identyfikacyjny REGON pracodawcy	Nr decyzji o stwierdz. choroby zawodowej: NR	

1. (imię i nazwisko chorego)
 2. (płeć)
 3. (data urodzenia)
 4. (adres chorego)
 5. (nr PESEL o ile posiada)
 6. (nazwa pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika)
 7. (numer klasyfikacji PKD)
 - 7a. tak nie (zatrudnienie na podstawie stosunku pracy)
 - 7b. tak nie (czy aktualnie zakład pracy funkcjonuje)
 - 8 (adres pracodawcy) / **lubelskie** (województwo)
 9. (zawód, stanowisko pracy, rodzaj wykonywanych czynności)
 10. (główny czynnik który wywołał chorobę zawodową)
 - 10a. (liczba lat i kalendarzowy okres (kalendarzowe okresy) narażenia na ten czynnik)
 - 10b. (pozostałe czynniki, które miały udział w powstaniu choroby zawodowej)
 11. (zawód i miejsce pracy osoby przeprowadzającej ocenę narażenia zawodowego)
 12. (data oceny warunków pracy)
 13. (pełna nazwa choroby zawodowej) (nr pozycji w wykazie chor. zaw).
 14. (nazwa jednostki orzeczniczej, która rozpoznała chorobę)
 15. (data rozpoznania choroby zawodowej)
 16. (w przypadku późniejszego rozpoznania choroby, podać datę zgonu chorego)
 17. (data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej)
- (data, podpis i pieczęć nadawcy albo data oraz podpis osoby upoważnionej przez nadawcę)

NIE WYPEŁNIAĆ

1.	
5.	
7.	
7a.	
7b.	
8.	
9.	
10.	
10a.	
10b.	
11.	
12.	
13.	
14.	