

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.		
(pełne rozpoznanie choroby zawodowej)		
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych		
6. Orzeczono czasową niezdolność do pracy		
		NIE/TAK*) na ile dni
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 miesięcy
9b. Przyznano rentę okresową		
		NIE/TAK*) na okres miesięcy
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 2024 r. poz. 416), 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.