

WZÓR

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie.

Nazwa i adres nadawcy:	KARTA STWIERDZENIA CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresat (-ci):
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:	

1.	2.	3.	NIE WYPEŁNIAĆ <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 5px;">4. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">5. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">6. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">7. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">7a. <input type="text"/> 7b. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">8. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">9. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">10. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">10a. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">10b. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">11. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">12. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">13. <input type="text"/></div> <div style="margin-bottom: 5px;">14. <input type="text"/></div> </div>	
(imię i nazwisko chorego)	(płeć)	(data urodzenia)		
4.	5.	(nr PESEL, o ile posiada)		
6.	(nazwa pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika)			
7.	7a. <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	zatrudnienie na podstawie stosunku pracy		
(nr klasyfikacji PKD)				
7b. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> rok likwidacji	czy aktualnie zakład pracy funkcjonuje			
8.	/			
(adres pracodawcy)	(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 warunków pracy)			
12.	(data oceny warunków pracy)			
13.	(pełna nazwa choroby zawodowej)			
14.	(nr pozycji w wykazie chorób zawodowych)			
15.	(nazwa jednostki orzeczniczej, która rozpoznała chorobę) (data rozpoznania choroby zawodowej)			
16.	17.			
(w przypadku pośmiertnego rozpoznania choroby (data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej) podać datę zgonu chorego)				

(data, podpis i pieczęć nadawcy
albo data oraz podpis osoby
upoważnionej przez nadawcę)

OBJAŚNIENIA do wypełniania karty stwierdzenia choroby zawodowej

Uwagi ogólne:

1. Formularz karty stwierdzenia choroby zawodowej należy wypełnić pismem komputerowym.
2. W polu oznaczonym „Nazwa i adres nadawcy:” należy wpisać 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, inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, Głównego Inspektora Sanitarnego, Głównego 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, albo Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego.
3. W polu oznaczonym „Adresat(-ci):” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź. Natomiast w przypadku gdy kartę przesyła organ wydający decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w postępowaniu odwoławczym należy wpisać także organ wydający tę decyzję w I instancji.
4. Wypełnione druki powinny być przesyłane w dwóch kopertach – wewnętrznej zaklejonej z dopiskiem „zastrzeżone” oraz zewnętrznej odpowiednio zaadresowanej.
5. W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy identyfikator REGON pracodawcy. W przypadku gdy chorobę stwierdzono u rolnika indywidualnego, należy w tym polu wpisać „rolnik indywidualny”.
6. W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać kolejny numer wydanej decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.

Uwagi szczegółowe:

- pkt 2 Wpisać kod – M (mężczyzna) lub K (kobieta).
- pkt 6 Wpisać pełną nazwę pracodawcy (nie stosować skrótów), w którego zakładzie stwierdzono chorobę zawodową.
- pkt 7 Wpisać czterocyfrowy symbol klasyfikacji działalności według Polskiej Klasyfikacji Działalności, nadany pracodawcy przez właściwy urząd statystyczny.
- pkt 7a Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć znakiem X; przez osoby zatrudnione rozumie się osoby wykonujące pracę na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania lub wyboru; pozostałe osoby to pracodawcy i pracujący na własny rachunek – właściciele i współwłaściciele, osoby wykonujące pracę nakładczą, agenci, członkowie spółek produkcji rolniczej, duchowni (definicja według GUS).
- pkt 9 Wpisać zawód i stanowisko pracy chorego, na którym występujące czynniki szkodliwe wywołały stwierdzoną chorobę zawodową, lub podać rodzaj pracy i sposób jej wykonywania, jeżeli były one powodem powstania choroby zawodowej.
- pkt 10–10b W przypadku kilku czynników należy podać nazwę głównego wraz z okresami narażenia, np. tlenek węgla, 1 dzień (1992 r.), lub pył węgla kamiennego o zawartości SiO₂ – 5%, okresy narażenia: 1968–1976, 1980–1991; pozostałe czynniki, które wywołały chorobę zawodową, należy tylko wymienić; nazwy czynnika(-ów) należy podać zgodnie z obowiązującym nazewnictwem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465, z późn. zm.); nie używać ogólnikowych określeń typu „farby”, „rozpuszczalniki”, „pyły” itp.
- pkt 11 i 12 Ocenę warunków pracy przeprowadza się po zgłoszeniu podejrzenia choroby zawodowej; wpisać zawód i miejsce pracy osoby, która przeprowadzała ocenę warunków pracy w zakładzie, np. instruktor higieny PSSE, lekarz medycyny pracy, mgr inż. WSSE itp., oraz datę przeprowadzenia tej oceny; w przypadku nieprzeprowadzenia oceny należy wpisać „oceny warunków pracy nie przeprowadzono”.
- pkt 13 Wpisać pełną nazwę stwierdzonej choroby zawodowej, uwzględniając jej postać lub stopień zaawansowania; nie używać ogólnikowych określeń typu „choroba skóry”, „choroba narządu głosu”, „choroba nowotworowa” itp.; wpisać numer choroby według obowiązującego wykazu chorób zawodowych.