

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. (imię i nazwisko chorego)	2. (płeć)	3. (data urodzenia)	NIE WYPEŁNIAĆ
4. (adres chorego)	5. (nr PESEL, o ile posiada)	5. <input type="text"/>	
6. (nazwa pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika)	7. 7a. <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (nr klasyfikacji PKD) zatrudnienie na podstawie stosunku pracy	7. <input type="text"/>	
7b. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> rok likwidacji czy aktualnie zakład pracy funkcjonuje	7b. <input type="checkbox"/>	7a. <input type="checkbox"/> 7b. <input type="checkbox"/>	
8. / (adres pracodawcy) (województwo)	8. <input type="text"/>	8. <input type="text"/>	
9. (zawód, stanowisko pracy, rodzaj wykonywanych czynności)	9. <input type="text"/>	9. <input type="text"/>	
10. (główny czynnik, który wywołał chorobę zawodową)	10. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	
10a. (liczba lat i kalendarzowy okres (kalendarzowe okresy) narażenia na ten czynnik)	10a. <input type="text"/>	10a. <input type="text"/>	
10b. (pozostałe czynniki, które miały udział w powstaniu choroby zawodowej)	10b. <input type="text"/>	10b. <input type="text"/>	
11. (zawód i miejsce pracy osoby przeprowadzającej ocenę warunków pracy)	11. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>	
12. (data oceny warunków pracy)	12. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>	
13. (pełna nazwa choroby zawodowej)	13. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	
..... (nr pozycji w wykazie chorób zawodowych)	14. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	
14. 15. (nazwa jednostki orzeczniczej, która rozpoznała chorobę) (data rozpoznania choroby zawodowej)			
16. 17. (w przypadku pośmiertnego rozpoznania choroby (data decyzji o stwierdzeniu choroby podać datę zgonu chorego) zawodowej)			
	(data, podpis i pieczęć nadawcy)		