



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 14 czerwca 2012 r.

Poz. 663

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 24 maja 2012 r.

#### **zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób**

Na podstawie art. 237 § 4 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. Nr 132, poz. 1121) wprowadza się następujące zmiany:

1) po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„§ 1a. Ilekroć w przepisach rozporządzenia jest mowa o państwowym inspektorze sanitarnym, należy przez to rozumieć 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.”;

2) w § 2 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie kart badań w związku z chorobą zawodową określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159).”;

3) w § 3 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) wzór skierowania na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej, stosowany w przypadku skierowania wydawanego przez lekarza lub lekarza dentystę, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;

3) wzór skierowania na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej, stosowany w przypadku skierowania wydawanego przez państwowego inspektora sanitarnego, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;”;

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700 oraz z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322, Nr 80, poz. 432, Nr 144, poz. 855, Nr 149, poz. 887 i Nr 232, poz. 1378.

4) w § 4 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Rejestr chorób zawodowych i rejestr skutków tych chorób, prowadzone przez państwowych inspektorów sanitarnych, zawierają dane o pracownikach lub byłych pracownikach zatrudnionych przez pracodawców prowadzących działalność na obszarze objętym zakresem ich działania.

3. Rejestr chorób zawodowych i rejestr skutków tych chorób, prowadzone przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, zawierają dane o pracownikach lub byłych pracownikach, u których stwierdzono chorobę zawodową.”;

5) załączniki nr 1–10 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1–10 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Dokumentacja medyczna dotycząca chorób zawodowych wystawiona według wzorów określonych w przepisach dotychczasowych zachowuje ważność.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie pierwszego dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 24 maja 2012 r. (poz. 663)

**Załącznik nr 1****WZÓR**

.....

.....

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie  
choroby zawodowej)\*)

1) Państwowy Powiatowy/Graniczny/Wojewódzki  
Inspektor Sanitarny,

Państwowy Inspektor Sanitarny, 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz  
z 2012 r. poz. 460),

Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny  
Prewencyjnej\*\*)

w .....

2) Okręgowy Inspektor Pracy w .....

**Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej**

1. Imię i nazwisko .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Adres zamieszkania .....

4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....

5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny\*\*\*)

Inna forma wykonywania pracy .....

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

.....

- Numer identyfikacyjny REGON .....
7. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej
- Pełna nazwa .....
- Adres .....
- Numer identyfikacyjny REGON .....
8. Stanowisko i rodzaj pracy .....
9. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie .....
10. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy .....
11. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej .....
12. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej .....
13. Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Data .....

(imię i nazwisko osoby zgłaszającej  
podejrzenie choroby zawodowej)

\*) W przypadku pracownika lub byłego pracownika należy podać imię i nazwisko.

\*\*) Podkreślić nazwę właściwego inspektora sanitarnego, któremu zgłasza się podejrzenie choroby zawodowej.

\*\*\*)) Niepotrzebne skreślić.

## WZÓR

.....

(pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą)

**Skierowanie na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej****do .....**

(nazwa i adres jednostki orzeczniczej)

W związku z podejrzeniem choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań i wydanie orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania u osoby:

1. Imię i nazwisko .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Adres zamieszkania .....

.....

4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....

5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny<sup>\*)</sup>

Inna forma wykonywania pracy .....

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

.....

Numer identyfikacyjny REGON .....

7. Wywiad zawodowy<sup>\*\*)</sup>

| Okresy<br>zatrudnienia<br>od – do | Stanowisko pracy | Pracodawca | Charakterystyka narażenia<br>(czynniki szkodliwe/uciążliwe) |
|-----------------------------------|------------------|------------|-------------------------------------------------------------|
|                                   |                  |            |                                                             |
|                                   |                  |            |                                                             |
|                                   |                  |            |                                                             |

8. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie .....

9. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych,  
wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy  
.....

10. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej  
.....

11. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej  
.....

12. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej  
będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa .....

Adres .....

Numer identyfikacyjny REGON .....

13. Stanowisko pracy, wydział, oddział .....

14. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności) .....

.....

.....

Data .....

.....

(podpis i pieczęć lekarza lub lekarza dentysty)

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych<sup>\*)</sup>
2. Wyniki badań dodatkowych<sup>\*)</sup>
3. Wyniki konsultacji specjalistycznych<sup>\*)</sup>
4. Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej<sup>\*)</sup>

---

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>\*\*) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.</sup>

## WZÓR

.....  
(pieczęć państwowego inspektora sanitarnego)<sup>\*)</sup>

**Skierowanie na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**  
**do .....**  
(nazwa i adres jednostki orzeczniczej)

W związku z podejrzeniem choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań i wydanie orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania u osoby:

1. Imię i nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....  
.....
4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....
5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny<sup>\*\*)</sup> .....  
Inna forma wykonywania pracy .....
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)  
Pełna nazwa .....  
.....  
Adres .....  
.....  
Numer identyfikacyjny REGON .....

7. Wywiad zawodowy<sup>\*\*\*)</sup>

| Okresy zatrudnienia<br>od – do | Stanowisko pracy | Pracodawca | Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe) | Dane o narażeniu (wyniki pomiarów) |
|--------------------------------|------------------|------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|
|                                |                  |            |                                                          |                                    |
|                                |                  |            |                                                          |                                    |
|                                |                  |            |                                                          |                                    |

8. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie .....

9. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy .....

10. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej .....

11. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej .....

12. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa .....

Adres .....

Numer identyfikacyjny REGON .....

13. Stanowisko pracy, wydział, oddział .....

14. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności) .....

.....

.....

.....

Data .....

.....

(podpis i pieczęć państwowego inspektora sanitarnego)<sup>\*)</sup>

Załącznik:

Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej

<sup>\*)</sup>Przez państwowego inspektora sanitarnego należy rozumieć 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.

<sup>\*\*)</sup>Niepotrzebne skreślić.

<sup>\*\*\*)</sup> W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

## WZÓR

.....

.....

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu sporządzającego kartę)

**Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**

Postępowanie przeprowadzone w dniu ..... r. w związku ze zgłoszeniem podejrzenia choroby zawodowej u osoby:

1. Imię i nazwisko .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....

4. Adres zamieszkania .....

.....

5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny<sup>\*)</sup>

Inna forma wykonywania pracy .....

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

.....

Numer identyfikacyjny REGON .....

7. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy postępowanie .....

.....

Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

.....

8. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej .....

9. Wywiad zawodowy<sup>\*\*)</sup>

| Okresy zatrudnienia<br>od – do | Stanowisko<br>pracy | Pracodawca | Charakterystyka<br>narażenia (czynniki<br>szkodliwe/uciążliwe) | Dane o narażeniu<br>(wyniki pomiarów) |
|--------------------------------|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                |                     |            |                                                                |                                       |
|                                |                     |            |                                                                |                                       |
|                                |                     |            |                                                                |                                       |

10. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa .....

.....

Adres .....

.....

Numer identyfikacyjny REGON .....

11. Stanowisko pracy, wydział, oddział .....

.....

12. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności) .....

.....

.....

13. Czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

Nazwa czynnika (czynników) .....

Wyniki badań oraz pomiarów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy w okresie zatrudnienia pracownika (z datą pomiarów lub najczęściej stwierdzane; jeżeli podejrzenie dotyczy choroby wywołanej czynnikami biologicznymi, uczulającymi lub rakotwórczymi, należy podać dane, o których mowa w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy)

.....

.....

14. Sposób wykonywania pracy <sup>\*\*\*)</sup>

- a) rodzaj, zakres i stopień obciążenia czynnościami, które mogły powodować nadmierne obciążenie (uwzględnić odpowiednio: układ ruchu, obwodowy układ nerwowy (pnie nerwów), narząd głosu; podać w formie opisu) .....
- .....
- .....
- b) chronometraż czynności powodujących nadmierne obciążenie określonego układu lub narządu organizmu ludzkiego .....
- .....
- c) pozycja ciała podczas wykonywania czynności, o których mowa w lit. a i b .....
- .....
- d) czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania czynności, o których mowa w lit. a i b? .....
- e) organizacja pracy (np. zmianowość, przerwy w pracy) .....
- .....

## 15. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

.....

## 16. Opis środków profilaktycznych podejmowanych przez pracodawcę w związku z narażeniem zawodowym .....

.....

## 17. Czy u pracodawcy były przeprowadzane kontrole warunków pracy?

.....

- a) kto przeprowadzał (państwowy inspektor pracy, państwowy powiatowy/graniczny/wojewódzki inspektor sanitarny, państwowy inspektor sanitarny, 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), komendant/inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej) <sup>\*)</sup>?
- .....

- b) kiedy? .....

- c) charakterystyka wydanych decyzji .....

18. Czy pracownik miał wykonywane badania profilaktyczne w okresie zatrudnienia w narażeniu?

.....

a) kto wykonywał badania (nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego badania)?

.....

b) czy były orzekane przeciwwskazania do wykonywania pracy?

.....

c) czy pracownik korzystał z urlopów dla poratowania zdrowia (kiedy, ile razy)?

.....

19. Czy pracownik wykonywał pracę w narażeniu na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej, w innym miejscu zatrudnienia lub wykonywania pracy niż podane w pkt 10?

Jeżeli **tak**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę pkt 10-18 na odrębnym formularzu).

.....

(czytelny podpis osoby (osób)  
przeprowadzającej (-ych) postępowanie)

---

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

\*\*\*) Wypełnić w przypadku, gdy podejrzenie dotyczy choroby wywołanej sposobem wykonywania pracy.

## WZÓR

.....  
(pieczęć jednostki orzeczniczej)

**Orzeczenie lekarskie nr ...  
o rozpoznaniu choroby zawodowej**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....

Adres zamieszkania .....

.....  
Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe stanowiące przyczynę zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa, adres, numer identyfikacyjny REGON) .....

.....  
Stanowisko i rodzaj pracy .....

Czynniki narażenia zawodowego stanowiące przyczynę choroby zawodowej .....

.....  
Okres narażenia zawodowego .....

Pełna nazwa rozpoznanej choroby zawodowej .....

.....  
wymienionej w poz. .... wykazu chorób zawodowych określonego w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

**Uzasadnienie**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data .....

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

**Pouczenie:**

1. Od orzeczenia lekarskiego przysługuje prawo złożenia wniosku o przeprowadzenie ponownego badania do jednostki orzeczniczej II stopnia, którą jest instytut badawczy w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek o przeprowadzenie ponownego badania składa się w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego za pośrednictwem jednostki orzeczniczej, w której orzeczenie lekarskie wydano.
2. Orzeczenie lekarskie wydane w wyniku ponownego badania przez instytut badawczy w dziedzinie medycyny pracy jest ostateczne.

**Otrzymują:**

- 1) odpowiednio państwowy powiatowy inspektor sanitarny, państwowy graniczny inspektor sanitarny, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, państwowy inspektor sanitarny, 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), komendant wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej;
- 2) pracownik lub były pracownik;
- 3) lekarz kierujący na badania;
- 4) jednostka orzecznicza I stopnia, w przypadku gdy orzeczenie lekarskie zostało wydane przez lekarza zatrudnionego w jednostce orzeczniczej II stopnia

## WZÓR

.....  
(pieczęć jednostki orzeczniczej)

**Orzeczenie lekarskie nr ...  
o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....

Adres zamieszkania .....

.....

Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe stanowiące przyczynę zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa, adres, numer identyfikacyjny REGON) .....

.....

Stanowisko i rodzaj pracy .....

Czynniki narażenia zawodowego .....

.....

Okres narażenia zawodowego .....

.....

Pełna nazwa choroby zawodowej, w kierunku której prowadzono postępowanie .....

.....

.....

wymienionej w poz. .... wykazu chorób zawodowych określonego w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3 – 6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

**Uzasadnienie braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data .....

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

**Pouczenie:**

- 1) Od orzeczenia lekarskiego przysługuje prawo złożenia wniosku o przeprowadzenie ponownego badania do jednostki orzeczniczej II stopnia, którą jest instytut badawczy w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek o przeprowadzenie ponownego badania składa się w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego za pośrednictwem jednostki orzeczniczej, w której orzeczenie lekarskie wydano.
- 2) Orzeczenie lekarskie wydane w wyniku ponownego badania przez instytut badawczy w dziedzinie medycyny pracy jest ostateczne.

**Otrzymują:**

- 1) odpowiednio państwowy powiatowy inspektor sanitarny, państwowy graniczny inspektor sanitarny, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, państwowy inspektor sanitarny, 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), komendant wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej;
- 2) pracownik lub były pracownik;
- 3) lekarz kierujący na badania;
- 4) jednostka orzecznicza I stopnia, w przypadku gdy orzeczenie lekarskie zostało wydane przez lekarza zatrudnionego w jednostce orzeczniczej II stopnia.

## WZÓR

.....  
(nazwa państwowego inspektora sanitarnego wydającego decyzję) \*)

W .....

....., dnia .....

(miejscowość)

## DECYZJA Nr ...

## o stwierdzeniu choroby zawodowej

Na podstawie art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.) i art. 5 pkt 4a ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460) po rozpatrzeniu zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

u

Pana/Pani .....

stwierdzam chorobę zawodową

(pełna nazwa choroby zawodowej) ..... wymienioną  
w poz..... wykazu chorób zawodowych określonego w przepisach w sprawie chorób zawodowych,  
wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3–6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

## UZASADNIENIE

Na podstawie orzeczenia lekarskiego nr ..... o rozpoznaniu choroby zawodowej, wystawionego  
przez (nazwa jednostki orzeczniczej) .....  
.....,  
otrzymanego w dniu ....., oraz oceny narażenia zawodowego dotyczących  
(imię i nazwisko) .....

urodzonego (-ej) (miejsce i data urodzenia) .....,  
zamieszkałego (-ej) w .....,  
numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....,  
zatrudnionego (-ej) (nazwa i adres pracodawcy zatrudniającego pracownika w warunkach, które uznano za  
przyczynę choroby zawodowej) .....,  
w charakterze (stanowisko i rodzaj pracy) .....,  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć okrągła państwowego  
inspektora sanitarnego) \*)

Pouczenie:

Od decyzji wydanej w I instancji przez państwowego powiatowego albo państwowego granicznego inspektora sanitarnego przysługuje odwołanie do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

Od decyzji wydanej w I instancji przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego przysługuje odwołanie do Głównego Inspektora Sanitarnego.

Od decyzji wydanej w I instancji przez 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, przysługuje odwołanie do Głównego Inspektora Sanitarnego, o którym mowa w tych przepisach.

Od decyzji wydanej w I instancji przez komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej przysługuje odwołanie do Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego.

Odwołanie składa się odpowiednio za pośrednictwem 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, komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję, w terminie 14 dni od dnia jej otrzymania.

Otrzymują:

- 1) pracownik lub były pracownik;
- 2) pracodawca lub pracodawcy zatrudniający pracownika w warunkach, które mogły spowodować skutki zdrowotne uzasadniające postępowanie w sprawie rozpoznania i stwierdzenia choroby zawodowej;
- 3) jednostka orzecznicza zatrudniająca lekarza, który wydał orzeczenie lekarskie;
- 4) właściwy okręgowy inspektor pracy.

<sup>\*)</sup> Przez państwowego inspektora sanitarnego należy rozumieć 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, komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.

## WZÓR

.....  
(nazwa państwowego inspektora sanitarnego wydającego decyzję)\*)

w .....

....., dnia .....

(miejscowość)

**DECYZJA Nr ...****o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej**

Na podstawie art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.) i art. 5 pkt 4a ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460) po rozpatrzeniu zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

**u**

**Pana/Pani .....**

**nie stwierdzam choroby zawodowej**

(pełna nazwa choroby, w stosunku do której prowadzono postępowanie) .....

.....  
wymienionej w poz. .... wykazu chorób zawodowych określonego w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3–6 i § 1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

**UZASADNIENIE**

Na podstawie orzeczenia lekarskiego nr ..... o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej, wystawionego przez (nazwa jednostki orzeczniczej) .....  
....., otrzymanego w dniu ....., oraz oceny narażenia zawodowego dotyczących (imię i nazwisko) .....  
.....  
urodzonego (-ej) (miejsce i data urodzenia) .....,  
zamieszkałego (-ej) w .....  
numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....  
zatrudnionego (-ej) (nazwa i adres pracodawcy) .....  
.....  
w charakterze (stanowisko i rodzaj pracy) .....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć okrągła państwowego  
inspektora sanitarnego \*)

**Pouczenie:**

Od decyzji wydanej w I instancji przez państwowego powiatowego albo państwowego granicznego inspektora sanitarnego przysługuje odwołanie do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

Od decyzji wydanej w I instancji przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego przysługuje odwołanie do Głównego Inspektora Sanitarnego.

Od decyzji wydanej w I instancji przez 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, przysługuje odwołanie do Głównego Inspektora Sanitarnego, o którym mowa w tych przepisach.

Od decyzji wydanej w I instancji przez komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej przysługuje odwołanie do Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego.

Odwołanie składa się odpowiednio za pośrednictwem 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, komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję, w terminie 14 dni od dnia jej otrzymania.

Otrzymują:

- 1) pracownik lub były pracownik;
- 2) pracodawca lub pracodawcy zatrudniający pracownika w warunkach, które mogły spowodować skutki zdrowotne uzasadniające postępowanie w sprawie rozpoznania i stwierdzenia choroby zawodowej;
- 3) jednostka orzecznicza zatrudniająca lekarza, który wydał orzeczenie lekarskie;
- 4) właściwy okręgowy inspektor pracy.

<sup>\*)</sup> Przez państwowego inspektora sanitarnego należy rozumieć 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, komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.

## WZÓR

*Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie.*

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

1. .... 2. .... 3. ....  
(imię i nazwisko chorego) (płeć) (data urodzenia)

4. .... 5. ....  
(adres chorego) (nr PESEL, o ile posiada)

6. ....  
(nazwa pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika)

7. .... 7a. ☐ tak ☐ nie  
(nr klasyfikacji PKD) zatrudnienie na podstawie stosunku pracy

7b. tak ☐ nie ☐ 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)

.....  
(nr pozycji w wykazie chorób zawodowych)

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)

NIE WYPEŁNIAĆ

.....

5. ....

7. ....

7a. ☐ 7b. ☐

8. ....

9. ....

10. ....

10a. ....

10b. ....

11. ....

12. ....

13. ....

14. ....

**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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), 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 przysyłane 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 SiO <sub>2</sub> – 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 1998 r. Nr 21, poz. 94, 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## WZÓR

*Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.*

|                                                                           |                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika: | <b>ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ</b>                                                                                       | Adresaci: |
|                                                                           | Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> |           |
| Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:                                   | Województwo:                                                                                                                            |           |
|                                                                           | Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:                                                                                          |           |

## NIE WYPEŁNIAĆ

|                                                                                                                                            |                   |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1. ....<br>(imię i nazwisko chorego)                                                                                                       | 2. ....<br>(płeć) | 3. ....<br>(data urodzenia) |
| 4. ....<br>.....<br>(adres chorego)                                                                                                        |                   |                             |
| 5. ....<br>.....<br>(pełne rozpoznanie choroby zawodowej)                                                                                  |                   |                             |
| 5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych .....                                                                                              |                   |                             |
| 6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy<br>NIE/TAK*) na ile dni .....                                                                    |                   |                             |
| 7. Orzeczone czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy)<br>NIE/TAK*) na ile dni .....         |                   |                             |
| 8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu<br>NIE/TAK*) w wysokości.....%                                                  |                   |                             |
| 8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie<br>NIE/TAK*) w wysokości .....                                                                     |                   |                             |
| 8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową<br>NIE/TAK*) |                   |                             |
| 9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej*) niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej<br>NIE/TAK*)             |                   |                             |
| 9a. Przyznano rentę szkoleniową<br>NIE/TAK*) na okres ..... miesięcy                                                                       |                   |                             |
| 9b. Przyznano rentę okresową<br>NIE/TAK*) na okres ..... miesięcy                                                                          |                   |                             |
| 9c. Przyznano rentę stałą<br>NIE/TAK*)                                                                                                     |                   |                             |

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
| 0. |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 4. |  |  |  |
|----|--|--|--|

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta

NIE/TAK<sup>\*)</sup>

.....  
(data)

.....  
(podpis pracodawcy lub osoby  
upoważnionej przez pracodawcę)

<sup>\*)</sup> 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 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), 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.