............................................................................... …………………………………….

............................................................................... (miejscowość, data)

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu udzielającego informacji)

**Informacje dotyczące przebiegu zatrudnienia i warunków wykonywania pracy
w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**

Informacji udziela się 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\*)

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 § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

..........................................................................................................................................................................

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

9. Wywiad zawodowy\*\*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Okresyzatrudnieniaod – do | Stanowiskopracy | Pracodawca | Charakterystykanarażenia (czynnikiszkodliwe/uciążliwe) | Dane o narażeniu(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 § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. –
Kodeks pracy)

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

14. Sposób wykonywania pracy\*\*\*)

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)\*)?

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)?

..........................................................................................................................................................................

 ..............................................

 (czytelny podpis osoby (osób)

 udzielającej (-ych) informacji)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) 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.