

Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania

Z (MZ SR) 12-12

v mesiaci roku.....

IČO

Typ choroby Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej

starostlivosti.....

IX. Hlásenie určené Národnému inšpektorátu práce

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)		Kód	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód			Ekonómická aktivita zamestnávateľa	Zamestnanie postihnutého	
IČO							
Položka zo zoznamu chorôb z povolania				Diagnóza (MKCH - 10)			
Číslo				Kód			
Dátum prvého zistenia			Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)		
Dátum priznania							
Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)			
Schopnosť doterajšieho výkonu práce							
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale			
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne			
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie			
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa	