

Bejelentés foglalkozási megbetegedésről (mérgezésről), fokozott expozícióról

Régió:	<input type="checkbox"/>	Bejelentésazonosító:	□□□□□-□□-□□□□				
Megye:	<input type="checkbox"/>	Bejelentő:	<input type="checkbox"/>				
<table border="1"><tr><td>1 - Foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat orvosa</td></tr><tr><td>2 - Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa</td></tr><tr><td>3 - OMFI</td></tr><tr><td>4 - egyéb orvos</td></tr></table>				1 - Foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat orvosa	2 - Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa	3 - OMFI	4 - egyéb orvos
1 - Foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat orvosa							
2 - Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa							
3 - OMFI							
4 - egyéb orvos							
Bejelentő orvos neve: Bejelentés dátuma: 20□□□□□□							
A bejelentett eset:	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1 - foglalkozási megbetegedés</td></tr><tr><td>2 - fokozott expozíció</td></tr></table>		1 - foglalkozási megbetegedés	2 - fokozott expozíció		
1 - foglalkozási megbetegedés							
2 - fokozott expozíció							
Keresőképeség:	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1 - keresőképes</td></tr><tr><td>2 - keresőképtelen</td></tr><tr><td>3 - halálos</td></tr></table>		1 - keresőképes	2 - keresőképtelen	3 - halálos	
1 - keresőképes							
2 - keresőképtelen							
3 - halálos							
Diagnózis (Csak foglalkozási megbetegedés esetén kell kitölteni!):							
Előfordulás jellege:	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1 - egyedi</td></tr><tr><td>2 - tömeges</td></tr></table>		1 - egyedi	2 - tömeges		
1 - egyedi							
2 - tömeges							
Munkáltató neve (központi telephely):							
Adószám:	□□□□□□□□-□-□□						
Adóazonosító jel:	□□□□□□□□						
Szakágazati kód:	□□□□						
Telephely címe (a bejelentés helye szerint):							
A megbetegedéssel/ fokozott expozícióval kapcsolatos munkakör:							

Munkavállaló neve:					
.....					
taj-szám: □□□□□□□□					
Neme: <input type="checkbox"/>					
			1 - férfi		
			2 - nő		
Születési dátuma: □□□□□□□□					
Születési helye:					
.....					
Anyja neve:					
.....					
Lakcíme:					
..... □□□□					
.....					
Jelenlegi munkaköri tevékenysége: FEOR kód: □□□□					
Korábbi munkakörei jelenlegi és előző munkáltatóknál (a felsorolásnál jelölendő a munkáltató neve, címe; a munkakör, amelyet betöltött; és a metől-meddig időtartam. Ha nem tudja, vagy nem emlékszik: n.e.-vel jelölendő):					
A megbetegedéssel (fokozott expozíciós esettel) kapcsolatos jelenlegi munkakörben töltött expozíciós idő (hónap): □□					
A megbetegedéssel (fokozott expozíciós esettel) kapcsolatos munkakörben összesen eltöltött expozíciós idő (hónap) □□					
A fokozott zaj expozíciós eset bejelentésének alapjául szolgáló audiometriás vizsgálat eredményei:					
A fokozott vegyi expozíciós eset bejelentésének alapjául szolgáló biológiai paraméter(ek) laboratóriumi vizsgálati eredményei (Csak a kivizsgálást követően töltendő ki):					
Vérben			Vizeletben		
paraméter	érték	mértékegység	paraméter	érték	mértékegység
A munkavédelmi felügyelőség véleménye:					
A bejelentés: <input type="checkbox"/>					
			1 - elfogadva		
			2 - módosítva		
			3 - elutasítva		
			4 - kiegészítésre visszaküldve		

Elfogadott foglalkozási megbetegedés:

Elfogadott fokozott expozíció:

Diagnózis:

Bejelentést indokoló, csatolt orvosi dokumentumok száma:

Dátuma:

P. H.

.....

aláírás