

0107 űrlap

Foglalkozási betegség gyanújának bejelentése

1. Vármegye:

2. Bejelentés dátuma:

3. Bejelentés azonosító:       –   –

4. Bejelentő:

5. Bejelentő orvos neve:

6. Bejelentő orvos címe:

7. Bejelentő orvos elérhetősége (telefon):

8. Bejelentő orvos e-mail címe:

9. Keresőképeség:

10. Diagnózis:

11. Előfordulás jellege:

12. Munkáltató neve:

13. Munkáltató székhelye:

14. Munkáltató adószáma:           –  –   vagy adóazonosító jele:

15. Telephely címe (a bejelentés helye szerint):

16. Szakágazati kód:

17. Megbetegedéssel kapcsolatos munkakör:

Folytatás a következő oldalon!

18. Munkavállaló neve:

19. Munkavállaló TAJ száma:

--

20. Munkavállaló neme:

21. Munkavállaló születési dátuma:

22. Munkavállaló születési helye:

23. Munkavállaló anyja neve:

24. Munkavállaló lakcíme:

25. Munkavállaló jelenlegi munkaköri tevékenysége:

26. Munkavállaló jelenlegi FEOR kódja:

27. Munkavállaló korábbi munkakörei:

28. Megbetegedéssel kapcsolatos jelenlegi munkakörben töltött expozíciós idő (hónap):

29. Megbetegedéssel kapcsolatos munkakörben összesen eltöltött expozíciós idő (hónap):

30. Csatoimány (darab):