

4. számú melléklet a 27/1996. (VIII. 28.) NM rendelethez¹

Bejelentés foglalkozási megbetegedésről (mérgezésről), fokozott expozícióról

Régió:	<input type="checkbox"/>						
Megye:	<input type="checkbox"/>	Bejelentésazonosító:	□□□□□-□□-□□□				
		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 - Nemzeti Munkaügyi Hivatal munkavédelmi és munkaügyi igazgatósága</td></tr><tr><td>4 - egyéb orvos</td></tr></table>				1 - Foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat orvosa	2 - Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa	3 - Nemzeti Munkaügyi Hivatal munkavédelmi és munkaügyi igazgatósága	4 - egyéb orvos
1 - Foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat orvosa							
2 - Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa							
3 - Nemzeti Munkaügyi Hivatal munkavédelmi és munkaügyi igazgatósága							
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							
Keresőképesség:	<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:	□□□□□□□□						

¹ Megállapította: 18/2007. (V. 10.) SZMM rendelet 21. § (1). Módosította: 27/2010. (XII. 31.) NGM rendelet 9. § (2), 3/2012. (II. 10.) NGM rendelet 4. § (1) j).

Neme:	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1 - férfi</td></tr><tr><td>2 - nő</td></tr></table>	1 - férfi	2 - nő																																		
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 <i>(Csak a kivizsgálást követően töltendő ki):</i>																																						
<table border="1"><thead><tr><th colspan="3">Vérben</th><th colspan="3">Vizeletben</th></tr><tr><th>paraméter</th><th>érték</th><th>mértékegység</th><th>paraméter</th><th>érték</th><th>mértékegység</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Vérben			Vizeletben			paraméter	érték	mértékegység	paraméter	érték	mértékegység																								
Vérben			Vizeletben																																			
paraméter	érték	mértékegység	paraméter	érték	mértékegység																																	
A munkavédelmi felügyelőség véleménye:																																						
A bejelentés:	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1 - elfogadva</td></tr><tr><td>2 - módosítva</td></tr><tr><td>3 - elutasítva</td></tr><tr><td>4 - kiegészítésre visszaküldve</td></tr></table>	1 - elfogadva	2 - módosítva	3 - elutasítva	4 - kiegészítésre visszaküldve																																
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																																						