

.....  
Nazwa i adres zakładu pracy (pieczętka jeśli ją posiada)

## REJESTR ZACHOROWAŃ na choroby zawodowe i podejrzeń o takie choroby

Lp	Imię i nazwisko pracownika chorego lub podejrzanego o chorobę zawodową	Data stwierdzenia choroby zawodowej lub zgłoszenia podejrzenia	Data i nr decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego	Nazwa i nr statystyczny choroby zawodowej	Skutki choroby zawodowej	Data wysłania Instytutowi Medycyny im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi oraz właściwemu inspektorowi sanitarnemu zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej według wzoru ustalonego przez MZiOZ	Wnioski w zakresie poprawy stanu bhp, jeżeli choroba powstała w tym zakładzie pracy