

Jelentés a munkavállalói létszámról

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat

neve:

címe:

orvosok száma:

főállású:

részállású:

ápolók száma:

alkalmazott egyéb személyek száma:

Osztály	Jelenleg ellátott létszám 20... év hó ... naptól hó ... napig	Várható növekedés (+), illetve csökkenés (-) 20..... év hó ... naptól hó ... napig
A		
B		
C		
D		
	szabad kapacitás (fő)	várható kapacitás (fő)

Kelt:

.....
a szolgálat vezetője

Az adatszolgáltatás a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet alapján kötelező.

FERTŐZŐ BETEG BEJELENTÉSE

-
1. A beteg TAJ száma:
 2. A beteg neve: neme: férfi - nő
 3. A beteg születési dátuma: év hó nap
 4. A megbetegedés helye: megye
..... község, város, fővárosi kerület
..... utca házsám em., ajtó
 5. A betegség neve:
 6. A beteg állampolgársága: magyar - külföldi: (ország)
 7. A beteg foglalkozása:
A munkahely, kollektíva neve:
címe:
 8. Megbetegedés kezdete: év hó nap
 9. Az ápolás helye: otthon - kórházban
 10. Ha a beteget kórházba szállították, a felvétel dátuma: év hó nap
 11. A kórház megnevezése:
címe:
 12. Ha a betegség kórházi eredetű, a beteg mely osztályon fertőződött:
 13. A jelentettség ellen kapott-e védőoltást a beteg: igen - nem
 14. Szükséges-e a beteg környezetéből valakit kitiltani a munkahelyéről, kollektívából: igen - nem
 15. A bejelentéssel egyidejűleg megkezdett diagnosztikai vizsgálat: történt - nem történt
Ha történt, annak dátuma: év hó nap
-

Adatmódosítás

- a) A módosítandó rovat sorszáma:
 - b) A módosítandó rovat korábban közölt adata:
- Az orvos megjegyzései:
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Kelt: év hó nap

P. H.

.....
az orvos (kórház) neve és pontos címe

Az adatszolgáltatás a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet alapján kötelező.

FERTŐZŐ BETEG KIJELENTÉSE

1. A beteg TAJ száma:
2. A beteg neve: neme: férfi - nő
3. A beteg születési dátuma: év hó nap
4. A megbetegedés helye: megye
..... község, város, fővárosi kerület
..... utca házsám em., ajtó
5. A betegség neve:
6. A kórházi felvétel dátuma: év hó nap
7. A kórház megnevezése:
címe:
8. Kórházi elbocsátás dátuma: év hó nap
9. A betegség kimenetele: gyógyult,
tartós szervi elváltozás maradt,
meghalt
10. A gyógyulás vagy elhalálozás dátuma: év hó nap
11. Az aetiológia tisztázására történt-e laboratóriumi diagnosztikai vizsgálat:
igen - nem
12. Az elvégzett mikrobiológiai vizsgálatok dátuma és eredménye:

A mintavétel dátuma	A kórokozó típusa, szerológiai eredmény

Adatmódosítás

- a) A módosítandó rovat sorszáma:
- b) A módosítandó rovat korábban közölt adata:

Az orvos megjegyzései:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kelt: év hó nap

P. H.

.....
az orvos (kórház) neve és pontos címe

Az adatszolgáltatás a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet alapján kötelező.

JÁRVÁNYÜGYI ÉRTESÍTÉS FERTŐZŐ BETEGRŐL

A beteg TAJ száma:
A beteg neve:
A beteg születési dátuma: év hó nap
A diagnózis megállapításakor a beteg tartózkodási helye:
A megbetegedés helye: megye
..... község, város
..... utca házszám em., ajtó
A betegség neve:
A beteg állandó lakhelye:
.....
A beteg munkahelye, kollektívája:
.....
Járványügyi intézkedések:
.....
Az elvégzett mikrobiológiai vizsgálatok dátuma és eredménye:

A mintavétel dátuma	A kórokozó típusa, szerológiai eredmény

Megjegyzés:

Kelt: év hó nap

P. H.

.....
megyei, városi, fővárosi kerületi tisztii (fő)orvos

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							
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: □□□□□□□□									
Neme: □		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">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 (Csak a kivizsgálást követően töltendő ki):									
Vérben			Vizeletben						
paraméter	érték	mértékegység	paraméter	érték	mértékegység				
A munkavédelmi felügyelőség véleménye:									
A bejelentés: □		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">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

Vizsgálati lap

Bejelentésazonosító:		□□□□□-□□-□□□
taj-szám:		□□□□□□□□□□
1. Jelen bejelentést indokoló kóroki tényezővel kapcsolatban korábbi munkahelyein előfordult-e:		
	Fokozott expozíció	Nem □ Ha igen, mikor (év) □□□□
	Megbetegedés	Nem □ Ha igen, mikor (év) □□□□
2. Jelen bejelentés tárgyát képező megbetegedést vagy fokozott expozíciót okozó kóroki tényezők műszeres vizsgálata:		
	Vizsgálatok nem történtek	
	Vizsgálatok történtek (több mérés esetén valamennyi eredményt ismertetni, vagy a mérési jegyzőkönyveket mellékelni kell)	
	Mérések iránya:	
	Mérések időpontja (év, hónap):	□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□
	Mérések eredményei:	□□□□ □□□□ □□□□
	Hozott intézkedések:	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□
3. A megbetegedés, fokozott expozíció oka (több válasz is adható):		
	Műszaki megelőzés	Teljes hiánya □
		Részleges jellege □
		Elégtelen hatékonyság □
		Egyéb: □
	Egyéni védelem	Teljes hiánya □
		Nem megfelelő mennyisége □
		Nem megfelelő minősége □
		Használatának elmulasztása □
		Egyéb (szövegesen ismertetendő): □
4. Előzetes orvosi alkalmassági vizsgálatok történtek:		
	Igen □	
	Gyakorisága (hónapokban): □□	
	Nem □	
5. Időszakos orvosi alkalmassági vizsgálatok:		

	Igen		<input type="checkbox"/>
	Gyakorisága (hónapokban):		<input type="checkbox"/>
	Nem		<input type="checkbox"/>
6. A munkavállaló magatartásával hozzájárult-e a megbetegedés (fokozott expozíció) kialakulásához?			
	Igen		<input type="checkbox"/>
	Nem		<input type="checkbox"/>
7. A kivizsgálást követő intézkedés formája:			
	Intézkedési terv		<input type="checkbox"/>
	Határozati intézkedés		<input type="checkbox"/>
	Bírságolás (és összege)		<input type="checkbox"/>
	Egyéb		<input type="checkbox"/>
	Nem történt intézkedés (ebben az esetben indoklás is szükséges)	Indoklás:	<input type="checkbox"/>
8. A kivizsgálás során hozott intézkedés tartalmi ismertetése:			
9. Az esemény körülményeinek és a kivizsgálás tapasztalatainak részletes ismertetése:			

OMMF Munkavédelmi Felügyelősége

Értesítés

Cím:

Értesítem, hogy (név)

(tajsám) □□□□□□□□

..... (születési hely, idő)

..... (anyja neve)

..... (lakcím)

Munkáltató neve (központi telephely):

Adószám: □□□□□□□□-□-□□

Adóazonosító jel: □□□□□□□□

Telephely címe (a bejelentés helye szerint):

Bejelentett és kivizsgált foglalkozási betegsége elfogadást nyert.

A megbetegedés baleseti ellátásra jogot adó betegség

Igen

Sorszáma:

Nem

Dátum:

.....
aláírás, pecsét