

# ZBIERKA ZÁKONOV SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Ročník 2006

Vyhlásené: 09.09.2006 Časová verzia predpisu účinná od: 01.10.2006 do: 31.12.2011

Obsah tohto dokumentu má informatívny charakter.

504

## VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

z 18. augusta 2006

**o spôsobe hlásenia, registrácie a evidencie choroby z povolania a  
ohrozenia chorobou z povolania**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 30 ods. 3 písm. b) zákona č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov ustanovuje:

### § 1

#### **Spôsob hlásenia choroby z povolania a ohrozenia chorobou z povolania**

(1) Chorobu z povolania a ohrozenie chorobou z povolania písomne oznamuje na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe, ambulancia klinického pracovného lekárstva a klinickej toxikológie, oddelenie klinického pracovného lekárstva a klinickej toxikológie alebo klinika pracovného lekárstva a klinickej toxikológie v Bratislave, Martine alebo Košiciach (ďalej len „špecializované pracovisko“), ktorá chorobu z povolania a ohrozenie chorobou z povolania priznala.

(2) Špecializované pracovisko, ktoré chorobu z povolania alebo ohrozenie chorobou z povolania priznalo po potvrdení správnosti priznania klinikou pracovného lekárstva a klinickej toxikológie, si ponecháva prvý diel tlačiva a do 10. kalendárneho dňa po potvrdení správnosti priznania choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania ďalšie diely odosiela:

- a) všeobecnému lekárovi, s ktorým má zamestnanec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- b) Národnému centru zdravotníckych informácií,
- c) zamestnancovi,
- d) regionálnemu úradu verejného zdravotníctva,
- e) zamestnávateľovi,
- f) klinike pracovného lekárstva a klinickej toxikológie v Bratislave, Martine alebo Košiciach,
- g) Sociálnej poisťovni<sup>1)</sup> a útvaru sociálneho zabezpečenia Ministerstva vnútra Slovenskej republiky<sup>2)</sup> a Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia.<sup>3)</sup>

### § 2

#### **Spôsob registrácie a evidencie choroby z povolania a ohrozenia chorobou z povolania**

(1) Choroba z povolania a ohrozenie chorobou z povolania sa registrujú v zozname hlásení priznaných chorôb z povolania a ohrození chorobou z povolania, ktorý vedie Klinika pracovného lekárstva a klinickej toxikológie v Bratislave v súlade s osobitným predpisom.<sup>3)</sup>

(2) Choroba z povolania a ohrozenie chorobou z povolania sa evidujú v zozname hlásení priznaných chorôb z povolania a ohrození chorobou z povolania, ktorý vedú kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie v Bratislave, Martine a Košiciach v súlade s osobitným predpisom.<sup>3)</sup>

**§ 3**  
**Účinnosť**

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. októbra 2006.

**Ivan Valentovič v. r.**

**Príloha k vyhláske č. 504  
2006 Z. z.**

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia  
chorobou z povolania**

v mesiaci ..... roku.....

Z (MZ SR) 12-12

IČO

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej  
starostlivosti.....

**I. Hlásenie určené špecializovanému pracovisku, ktoré chorobu z povolania priznalo**

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	Ekonomická aktivita zamestnávateľa		Kód
IČO		Zamestnanie postihnutého		Kód	
Položka zo zoznamu chorôb z povolania			Diagnóza (MKCH - 10)		
Číslo			Kód		
Dátum prvého zistenia	Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)		
Dátum priznania					
Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)	
Schopnosť doterajšieho výkonu práce					
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale	
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie	
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky	

TU ODELIŤ!

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia  
chorobou z povolania**

v mesiaci ..... roku.....

Z (MZ SR) 12-12

IČO

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej  
starostlivosti.....

**II. Hlásenie určené všeobecnému lekárovi zamestnanca**

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	Ekonomická aktivita zamestnávateľa		Kód
IČO		Zamestnanie postihnutého		Kód	
Položka zo zoznamu chorôb z povolania			Diagnóza (MKCH - 10)		
Číslo			Kód		
Dátum prvého zistenia	Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)		
Dátum priznania					
Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)	
Schopnosť doterajšieho výkonu práce					
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale	
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie	
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky	

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania**

Z (MZ SR) 12-12

v mesiaci ..... roku.....

IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti .....

Typ choroby

Špecifikácia choroby

**III. Hlásenie určené Národnému centru zdravotníckych informácií**

bez prepisu		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)	
				Kód	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	Ekonomická aktivita zamestnávateľa		Zamestnanie postihnutého
		IČO			
Položka zo zoznamu chorôb z povolania			Diagnóza (MKCH - 10)		
			Kód		
Dátum prvého zistenia	Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)		
Dátum priznania					
Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)	
Schopnosť doterajšieho výkonu práce					
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale	
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie	
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky	
				Dňa	

TU ODDĚLIŤ!

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania**

Z (MZ SR) 12-12

v mesiaci ..... roku.....

IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti .....

**IV. Hlásenie určené zamestnancovi**

Príezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)	
				Kód	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	Ekonomická aktivita zamestnávateľa		Zamestnanie postihnutého
		IČO			
Položka zo zoznamu chorôb z povolania			Diagnóza (MKCH - 10)		
			Kód		
Dátum prvého zistenia	Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)		
Dátum priznania					
Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)	
Schopnosť doterajšieho výkonu práce					
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale	
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie	
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky	
				Dňa	

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania**

v mesiaci ..... roku.....

**Z (MZ SR) 12-12**

IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.....

**V. Hlásenie určené regionálnemu úradu verejného zdravotníctva**

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)		Kód	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	IČO		Ekonomická aktivita zamestnávateľa	Zamestnanie postihnutého	
Položka zo zoznamu chorôb z povolania				Číslo	Diagnóza (MKCH - 10)		
Dátum prvého zistenia	Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)				
Dátum priznania	Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)		
Schopnosť doterajšieho výkonu práce		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
1 – áno bez obmedzenia		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne			
2 – áno s obmedzením							
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie			
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa	

TU ODDELIŤ!

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania**

v mesiaci ..... roku.....

**Z (MZ SR) 12-12**

IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.....

**VI. Hlásenie určené zamestnávateľovi**

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)		Kód	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	IČO		Ekonomická aktivita zamestnávateľa	Zamestnanie postihnutého	
Položka zo zoznamu chorôb z povolania				Číslo	Diagnóza (MKCH - 10)		
Dátum prvého zistenia	Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)				
Dátum priznania	Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia		Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)		
Schopnosť doterajšieho výkonu práce		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
1 – áno bez obmedzenia		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne			
2 – áno s obmedzením							
Špecialista v špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia		Špecialista v špecializačnom odbore dermatovenerológia		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie			
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa	

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania**

v mesiaci .....roku.....

Z (MZ SR) 12-12

IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.....

**VII. Hlásenie určené klinike pracovného lekárstva a klinickej toxikológie**

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	IČO		Kód
Položka zo zoznamu chorôb z povolania				Diagnóza (MKCH - 10)	
Dátum prvého zistenia		Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)	
Dátum priznania		Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia	
Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)		Schopnosť doterajšieho výkonu práce		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie	
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale	
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky	
Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa	

TU ODDELIŤ!

**Hlásenie choroby z povolania alebo ohrozenia chorobou z povolania**

v mesiaci ..... roku.....

Z (MZ SR) 12-12

IČO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Typ choroby

Špecifikácia choroby

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.....

**VIII. Hlásenie určené Sociálnej poisťovni, útvaru sociálneho zabezpečenia Ministerstva vnútra Slovenskej republiky alebo Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia**

Priezvisko, meno		Rodné číslo		Trvalé bydlisko (okres)	
Organizácia, kde choroba z povolania vznikla (názov, sídlo)		Obec/kód	IČO		Kód
Položka zo zoznamu chorôb z povolania				Diagnóza (MKCH - 10)	
Dátum prvého zistenia		Závažnosť choroby pri akútnej forme		Závažnosť choroby pri chronickej forme (v bodoch)	
Dátum priznania		Expozícia – príčinný faktor		Expozícia – produkt podľa použitia	
Dĺžka expozície škodlivým faktorom (MM, RR)		Schopnosť doterajšieho výkonu práce		Prednosta kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie	
1 – áno bez obmedzenia		3 – nie dočasne		5 – preradiť na iné pracovisko – trvale	
2 – áno s obmedzením		4 – nie trvale		6 – preradiť na iné pracovisko – dočasne	
Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky	
Dňa		Podpis a odtlačok pečiatky		Dňa	

- 1) Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.
- 2) Zákon č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- 3) Zákon č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

