

**MINISTERSTWO ZDROWIA**  
**CENTRUM SYTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA**

Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		<b>MZ-35A</b>	Nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.			REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej (14-znakowy)
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		<b>Przekazać do dnia 2014.02.28</b> <b>Za pomocą portalu <a href="http://csioz.gov.pl">http://csioz.gov.pl</a></b> (z danymi za rok 2013) <small>Podmioty zatrudniające nie więcej niż 5 osób mogą przekazać sprawozdanie w postaci papierowej do WOMP.</small>	TERYT przedsiębiorstwa leczniczego/praktyki zawodowej
Kod podmiotu tworzącego (część III)	Kod formy organizacyjno-prawnej (część IV)		Rodzaj działalności leczniczej (część VI systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

*Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej.*

Nazwa jednostki organizacyjnej	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	TERYT jednostki organizacyjnej
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

*Sprawozdanie MZ-35A wypełniają lekarze przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników. Jeżeli lekarz wykonuje badania profilaktyczne w więcej niż jednym miejscu, to dla każdego z tych miejsc wykonywania działalności leczniczej należy wypełnić oddzielne sprawozdanie.*

**Dział 1. Dane ogólne.**

Nazwisko i imię lekarza .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>A      B      C      D</b> (symbole cyfrowe i literowe z pieczęci lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań profilaktycznych)
	<b>Specjalista w dziedzinie medycyny pracy</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Miejsce wykonywania badań profilaktycznych ..... ..... (nazwa jednostki)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> a/ (kod jednostki)
Adres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... ..... mięscowość, ulica, nr telefonu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kod woj.
Adres e-mail:	

a/ wykaz kodów form wykonywania działalności w jednostkach służby medycyny pracy

WOMP (umowa o pracę) -01; WOMP (inne formy zatrudnienia) -02;

samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (umowa o pracę) - 03; samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (inne formy zatrudnienia) - 04; przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego (umowa o pracę) - 05; przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego (inne formy zatrudnienia) - 06; indywidualna praktyka lekarska w tym specjalistyczna - 07; indywidualna praktyka lekarska w tym specjalistyczna

wyłącznie w miejscu wezwania - 08 grupowa praktyka lekarska w tym specjalistyczna - 09

**Dział 2. Działalność orzecznicza.**

Wiersze 01-09 wypełnia się na podstawie rejestru zaświadczeń lekarskich wydanych na podstawie wydanych orzeczeń (zał. Nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.)). W poszczególnych wierszach tabeli podano symbole orzeczeń zgodnie z załącznikiem Nr 7 ww. rozporządzenia

Wyszczególnienie		Liczba orzeczeń	
0		1	
Ogólna liczba wydanych orzeczeń		01	
w tym	o braku przeciwwskazań do wykonywanej pracy na określonym stanowisku /symbol 21/	02	
	o istnieniu przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku /symbol 22/	03	
	o utracie przez pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy /symbol 23/	04	
	o konieczności przeniesienia pracownika do innej pracy z przyczyn zdrowotnych /symbol 31/	05	
	o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie kobiety w ciąży /symbol 32/	06	
	o zagrożeniu zdrowia młodocianego /symbol 33/	07	
	o podejrzeniu choroby zawodowej /symbol 34/	08	
	o niezdolności do dotychczasowej pracy z powodu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej /symbol 35/	09	
Liczba zaświadczeń wydanych dla celów określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o służbie medycyny pracy		10	

**Dział 3. Wstępne, okresowe i kontrolne badania lekarskie pracowników.**

Wyszczególnienie		Liczba badań	
0		1	
Ogólna liczba badań		01	
w tym:	wstępnych	02	
	okresowych	03	
	kontrolnych	04	

**Dział 4. Umowy z pracodawcami na wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich i sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami**

(wypełniają lekarze wykonujący działalność w ramach indywidualnych praktyk lekarskich w tym specjalistycznych oraz grupowych praktyk lekarskich w tym specjalistycznych)

Liczba umów z pracodawcami

**Dział 5. Wizytacje stanowisk pracy w zakładach objętych opieką profilaktyczną.**

Wypełniać na podstawie księgi wizytacji stanowisk /§9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania/.

Wyszczególnienie		Ogółem	
0		1	
Liczba wizytowanych zakładów pracy	01		
Liczba wizytowanych stanowisk pracy	02		

**Dział 6. Liczba zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych.**

Wypełnić zgodnie z zapisami w księdze podejrzeń i rozpoznań chorób zawodowych /§ 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania/.

--	--	--

**Dział 7. Współpraca w realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.**

wpisać "X" w odpowiednich polach tabeli

Współpraca z:		W ramach	
		zatrudnienia w tej samej jednostce podstawowej smp	umowy z osobami prowadzącymi działalność w innych strukturach
0		1	2
pielęgniarką (ami)	01		
psychologiem (ami)	02		
inną ( ymi) osobą (ami) o kwalifikacjach niezbędnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań smp	03		

**Obciążenie respondentów**

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnienia formularza	1	
Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

.....  
miejsowość i data.....  
pieczęć\* i podpis lekarza

\* pieczęć o wzorze określonym w załączniku Nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.