

ANEXA 19
la normele metodologice

Nr. /data
Județul
Localitatea
Unitatea sanitară

FIȘA DE SEMNALARE BP1

Către

Numele

.....
Prenumele Sexul M/F

.....
Data nașterii: anul luna ziua

.....
Buletin/Carte de identitate: seria ... nr. CNP

.....
Adresa de domiciliu

.....
Datele de contact actuale (telefon, mobil, fax, e-mail)*)

Profesia

.....
Statutul socioprofesional (pensionar cu invaliditate, pensionar de vârstă, persoană cu handicap, angajat cu unul sau mai multe contracte de muncă etc.)
Încadrat la

.....
Adresa unității/unităților

.....
Diagnosticul prezumtiv

.....
Agentul cauzal

.....
Ocupațiile care au generat boala:

1.

.....
2.

.....
3.

.....
Vechimea în ocupațiile respective:

1.

.....
2.

3.

.....
.....

*) Opțional.

Semnătura și parafa medicului

.....

Diagnosticul de profesionalitate precizat

.....
.....
.....

Semnătura și parafa
medicului de medicina muncii

.....

Data completării:

anul luna ziua