



Foglalkozási megbetegedési és foglalkoztatási előzmények

Név	Követelés száma
-----	-----------------

Foglalkozási megbetegedési előzmények

Mi az a betegség, amellyel kapcsolatban ezt a követelést benyújtja?	Milyen tünetei vannak?	Mikor vette észre ezeket a tüneteket	Hónap / Év
Mikor közölte Önnel az orvosa, hogy a tüneteit a munkája okozta?	Hónap / Év	Volt már bármilyen más orvosnál is ezekkel a tünetekkel?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
		Volt már bármilyen orvosi vizsgálata ezekkel a tünetekkel?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Annak az orvosnak a neve, aki közölte Önnel, hogy a tünetei a munkájával kapcsolatosak (írja be nyomtatott betűkkel vagy gépelje be)			
Cím	Település	Állam	Irányítószám+4
Kérjük, töltsse ki az egészségügyi dokumentumok kiadására vonatkozó mellékelt űrlapot, hogy be tudjuk szerezni az Önre vonatkozó dokumentumokat. Csatolta a dokumentumok kiadására vonatkozó teljes űrlapot? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem		Ha ezt az űrlapot nem tölti ki, az ellátások iránti kérelme késni fog, és elutasításra kerülhet.	
Az Ön által végzett munka típusa, amely a véleménye szerint a tüneteit okozta.		A munkaviszonyának kezdő dátuma azon az első munkahelyen, amely Ön szerint a tüneteit okozta.	Hónap / Év
Milyen tevékenységeket végzett abban a munkakörben, amely Ön szerint a tüneteit okozta? (Kérjük, jelölje be az összes, megfelelő tevékenységet)			
<input type="checkbox"/> Fogó vagy csípő mozgás	<input type="checkbox"/> Húzás	<input type="checkbox"/> Térdelés	<input type="checkbox"/> Használt eszközök
<input type="checkbox"/> Erőkifejtő tevékenység	<input type="checkbox"/> Toló mozgás	<input type="checkbox"/> Fej fölé nyúló mozgás	<input type="checkbox"/> Csavaró mozgás a következő testrészzel: _____
<input type="checkbox"/> Ismétlődő feladatok (írja le) _____			
<input type="checkbox"/> Egyéb (írja le) _____			

Foglalkoztatási előzmények

Kérjük, kezdje a LEGUTÓBBI munkahelyével és haladjon VISSZAFELÉ. Írja be az összes jelenlegi és korábbi munkahelyét. Minden dátum a lehet legjobb becslését tükrözze. A munkahelyi előzményeit érintő bármilyen szünetet vagy megszakítást is fel kell sorolnia.

A munkáltató cégneve	Az Ön munkaköre	A munkaviszonyra vonatkozó dátumok:	Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)
Munkáltató címe	Munkáltató telefonszáma			
Település	Állam	Irányítószám+4	Hetente hány órát végezte azt a tevékenységet, amelyről úgy gondolja, hogy a tüneteit okozta? _____ óra	
Írja le a munkaköri feladatokat, a szerszámok használatát vagy a rendszeresen végzett, ismétlődő tevékenységeket. Írja le azt is, hogy körülbelül mennyi időt töltött mindegyik tevékenységgel.				
Jelölje meg mindegyik szünetet vagy megszakítást az Ön munkavégzési előzményeiben e munkahelyen, vagy a jelen és a következő munkahely között. A megszakítás oka:			Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)

A munkáltató cégneve	Az Ön munkaköre	A munkaviszonyra vonatkozó dátumok:	Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)
Munkáltató címe	Munkáltató telefonszáma			

Település	Allam	Irányítószám+4	Hetente hány órát végezte azt a tevékenységet, amelyről úgy gondolja, hogy a tüneteit okozta? óra
Írja le a munkaköri feladatokat, a szerszámok használatát vagy a rendszeresen végzett, ismétlődő tevékenységeket. Írja le azt is, hogy körülbelül mennyi időt töltött mindegyik tevékenységgel.			
Jelölje meg mindegyik szünetet vagy megszakítást az Ön munkavégzési előzményeiben e munkahelyen, vagy a jelen és a következő munkahely között.		Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)
A megszakítás oka:			

Igazolom, hogy az itt közölt információ a legjobb tudásom szerint igaz és helyes.

1 / oldal

Dátum:

Aláírás:

Foglalkozási megbetegedési és foglalkoztatási előzmények (folytatás)

Oldalszám:	Név (kérjük, nyomtatott betűkkel töltsé ki)	Kereset száma
------------	---	---------------

Ez egy pótlap. Az űrlap első oldalának kitöltése kötelező. Ha további helyre van szükség, ezen az űrlapon másolatokat készíthet.

Kérjük, folytassa a **legutóbbi** munkaviszonyával és haladjon **visszafelé**

A munkáltató cégneve	Az Ön munkaköre	A munkaviszonyra vonatkozó dátumok:	Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)
Munkáltató címe	Munkáltató telefonszáma			
Település	Állam	Irányítószám+4	Hetente hány órát végezte azt a tevékenységet, amelyről úgy gondolja, hogy a tüneteit okozta? óra	
Írja le a munkaköri feladatokat, a szerszámok használatát vagy a rendszeresen végzett, ismétlődő tevékenységeket. Írja le azt is, hogy körülbelül mennyi időt töltött mindegyik tevékenységgel.				
Jelölje meg mindegyik szünetet vagy megszakítást az Ön munkavégzési előzményeiben e munkahelyen, vagy a jelen és a következő munkahely között. A megszakítás oka:			Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)

A munkáltató cégneve	Az Ön munkaköre	A munkaviszonyra vonatkozó dátumok:	Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)
Munkáltató címe	Munkáltató telefonszáma			
Település	Állam	Irányítószám+4	Hetente hány órát végezte azt a tevékenységet, amelyről úgy gondolja, hogy a tüneteit okozta? óra	
Írja le a munkaköri feladatokat, a szerszámok használatát vagy a rendszeresen végzett, ismétlődő tevékenységeket. Írja le azt is, hogy körülbelül mennyi időt töltött mindegyik tevékenységgel.				
Jelölje meg mindegyik szünetet vagy megszakítást az Ön munkavégzési előzményeiben e munkahelyen, vagy a jelen és a következő munkahely között. A megszakítás oka:			Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)

A munkáltató cégneve	Az Ön munkaköre	A munkaviszonyra vonatkozó dátumok:	Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)
Munkáltató címe	Munkáltató telefonszáma			
Település	Állam	Irányítószám+4	Hetente hány órát végezte azt a tevékenységet, amelyről úgy gondolja, hogy a tüneteit okozta? óra	
Írja le a munkaköri feladatokat, a szerszámok használatát vagy a rendszeresen végzett, ismétlődő tevékenységeket. Írja le azt is, hogy körülbelül mennyi időt töltött mindegyik tevékenységgel.				
Jelölje meg mindegyik szünetet vagy megszakítást az Ön munkavégzési előzményeiben e munkahelyen, vagy a jelen és a következő munkahely között. A megszakítás oka:			Kezdeti időpont (hónap/év)	Végső időpont (hónap/év)

A munkáltató cégneve	Az Ön munkaköre	A munkaviszonyra vonatkozó dátumok:	Kezdeti időpont (hónap/év)	Végző időpont (hónap/év)
Munkáltató címe	Munkáltató telefonszáma			
Település	Állam	Irányítószám+4	Hetente hány órát végezte azt a tevékenységet, amelyről úgy gondolja, hogy a tüneteit okozta? óra	
Írja le a munkaköri feladatokat, a szerszámok használatát vagy a rendszeresen végzett, ismétlődő tevékenységeket. Írja le azt is, hogy körülbelül mennyi időt töltött mindegyik tevékenységgel.				
Jelölje meg mindegyik szünetet vagy megszakítást az Ön munkavégzési előzményeiben e munkahelyen, vagy a jelen és a következő munkahely között.		Kezdeti időpont (hónap/év)	Végző időpont (hónap/év)	
A megszakítás oka:				

Munkügyi és Ipari
Minisztérium
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Igazolom, hogy az itt közölt információ a legjobb tudásom szerint igaz és helyes.

Dátum: _____

Aláírás: _____