Naziv in sedež delodajalca .....

Davčna številka | | | | | | | | |

Gospodarska dejavnost ..... | | | | | | [1]
(koda)

Napotnica

za usmerjeni obdobni in drugi usmerjeni preventivni zdravstveni pregled

Na podlagi ..... 2. ..... **točk/e** ..... 14. ter 7. in 8. ..... **člena/ov Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. l. RS, št. 87/02) pošiljamo na preventivni zdravstveni pregled delavca/ko:**

..... **EMŠO** | | | | | | | | | | | | | |
(priimek, dekliški priimek in ime)

Naslov ..... | | | | |
(kraj, ulica, številka, naziv pošte) (poštna številka)

Izobrazba ..... | | [2], **poklic** ..... | | | | | | [3]
(stopnja od 1-9) (standardna klasifikacija poklicev) (koda)

Zaposlen/a pri nas od dne, | | | | | | | **na sedanjem delovnem mestu** ..... | | | | [4]
D D M M L L (naziv delovnega mesta) (koda)

od dne | | | | | | | .
D D M M L L

Zadnji preventivni pregled pri pooblaščenem zdravniku je opravil/a dne | | | | | | | .
D D M M L L

Izjava o varnosti z oceno tveganja za navedeno mesto je bila opravljena dne | | | | | | | .
D D M M L L

Pomembni podatki iz ocene tveganja so:

Kratek opis delovnega procesa (priprava dela, dominantna dela in naloge, tedenski delovni čas - v urah, delo v izmenah):

.....

.....

.....

.....

Delovna oprema (orodja, inštrumenti, naprave, itd.):

.....

Predmeti dela (surovine, polizdelki, izdelki, informacije, itd.):

.....

Izpostavljenost tveganjem (navesti kritične dejavnike tveganja, zahteve, obremenitve in škodljivosti pri delu):

.....

.....

.....

Po zadnji oceni tveganja so bili izvedeni naslednji ukrepi na področju tehničnega varstva in humanizacije dela:

.....

.....

Osebna varovalna oprema:

.....

Posebne zdravstvene zahteve, ki jih mora izpolnjevati delavec/ka:

.....

.....

.....

Delovno mesto je neustrezno za:

.....

.....

Pripombe delodajalca: .....

....., dne | | | | | | | žig .....
(kraj) D D M M L L (podpis odgovorne osebe delodajalca)

OPOMBA: **Delodajalec pošlje delavca na usmerjeni preventivni zdravstveni pregled z napotnico, ki jo izpolni na predpisanem obrazcu v dveh izvodih, od katerih dobi vrnjen en izvod delodajalec z izpolnjeno oceno delovne zmožnosti, en izvod pa zadrži pooblaščeni zdravnik.**

POJASNILA:
1 NACE klasifikacija (Standardna klasifikacija dejavnosti, Ur. l. RS, št. 2/02)
2 Stopnja izobrazbe od 1 – 9 (Družbeni dogovor o temeljih za kvalifikacijo poklicev in strokovno izobrazbo, Ur. l. SFRJ, št. 29/80)
3 Standardna klasifikacija poklicev (Ur. l. RS, št. 28/97)
4 Koda, ki jo za delovno mesto uporablja delodajalec

Obrazec je predpisan s Pravilnikom (Ur. l. RS, št. 87/02 in 29/03)

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavcev .....

Št. zdravniškega spričevala .....

Zdravniško spričevalo

z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev po opravljenem usmerjenem obdobnem ali drugem usmerjenem preventivnem zdravstvenem pregledu

..... (priimek, dekliški priimek in ime), rojen(a) ⌊ ⌋ (D D M M L L),

ki opravlja delo ..... (naziv delovnega mesta) ⌊ ⌋ (koda) je bil(a) na pregledu dne ⌊ ⌋ (D D M M L L).

1. Izpolnjuje posebne zdravstvene zahteve za navedeno delovno mesto: .....

2. Izpolnjuje posebne zdravstvene zahteve za navedeno delovno mesto z naslednjimi omejitvami: .....

.....

3. Začasno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto: .....

.....

4. Trajno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto: .....

.....

5. Predlagano drugo delo (opredeliti delo in eventualne omejitve): .....

.....

6. Ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto ne moremo podati, ker:
6.1. ni izjave o varnosti z oceno tveganja (zdravstvene ogroženosti delovnega mesta),
6.2. ni opravil(a) vseh pregledov in preiskav,
6.3. ni končano zdravljenje,
6.4. ni končana rehabilitacija.

Predlagani ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu: .....

.....

.....

..... (kraj), dne ⌊ ⌋ (D D M M L L) žig ..... (žig in podpis pooblaščenega zdravnika)