Naziv in sedež delodajalca .....

Davčna številka |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Napotnica

za predhodni preventivni zdravstveni pregled

..... (priimek, dekliški priimek in ime), kraj rojstva .....

EMŠO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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

Na predhodni preventivni zdravstveni pregled ga-jo pošiljamo: (ustrezno obkroži)

1. pred prvo zaposlitvijo,
2. po prenehanju opravljanja določenega dela na določenem delovnem mestu za več kot 12 mesecev.

Imenovani(a) se bo zaposlil(a) na delovnem mestu ..... |_|_|_|_|[4] (koda)

Izjava o varnosti z oceno tveganja za navedeno delovno 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:

.....

.....

.....

Delovno mesto je neustrezno za:

.....

.....

Pripombe delodajalca: .....

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

OPOMBA: **Delodajalec pošlje delavca na predhodni 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 klasifikacijo poklicev in strokovne izobrazbe, 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

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

Št. zdravniškega spričevala .....

Zdravniško spričevalo

z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev
po opravljenem predhodnem preventivnem zdravstvenem pregledu

..... (priimek, dekliški priimek in ime), rojen(a) |_|_|_|_|_|_|_|_|, D D M M L L

ki bo opravljal(a) 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)