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)