

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavcev

Št. zdravniškega spričevala

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

....., rojen(a)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

,
(priimek, dekliniški priimek in ime)

ki bo opravljal(a) delo

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 je bil(a) na pregledu dne

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

.
(naziv delovnega mesta) (koda)

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 opravljen(a) vseh pregledov in preiskav,

6.3. ni končano zdravljenje,

6.4. ni končana rehabilitacija.

Predlagani ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu:

.....

.....

....., dne

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

(kraj)

žig

.....
(žig in podpis pooblaščenega zdravnika)