

Naziv in sedež delodajalca
Davčna številka
Gospodarska dejavnost ¹
(koda)

Napotnica za predhodni preventivni zdravstveni pregled

....., kraj rojstva
(ime, priimek, deklinacija priimeka in imena)

EMŠO ²

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

Izobrazba ³, poklic
(stopnja od 1-9) (standardna klasifikacija poklicev) (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.

Imenovan(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, instrumenti, 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:

....., dne žig
(kraj) (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 pooblaščen 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

....., rojen(a)

D	D	M	M	L	L

,
(priimek, deklinški priimek in ime)

ki bo opravljal(a) delo je bil(a) na pregledu dne
(naziv delovnega mesta) (koda)

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:

....., dne

D	D	M	M	L	L

(kraj)

žig

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