Naziv in sedež delodajalca .....

Davčna številka |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Napotnica

za usmerjeni obdobni in drugi usmerjeni preventivni zdravstveni pregled

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

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

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

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

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

od dne |_|_|_|_|_|_| (D D M M L L).

Zadnji preventivni zdravstveni pregled pri pooblaščenem zdravniku je opravil(a) dne |_|_|_|_|_|_| (D D M M L L).

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 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 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**

Ponatis prepovedan!

Obrazec je predpisan z Uradnim listom RS, št. 87/02 in 29/03.

OBR. 8.205

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)

Naziv in sedež delodajalca .....

Davčna številka |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Napotnica

za usmerjeni obdobni in drugi usmerjeni preventivni zdravstveni pregled

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

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

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

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

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

od dne |_|_|_|_|_|_| (D D M M L L).

Zadnji preventivni zdravstveni pregled pri pooblaščenem zdravniku je opravil(a) dne |_|_|_|_|_|_| (D D M M L L).

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 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 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 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)