

Naziv in sedež delodajalca .....

Davčna številka

Gospodarska dejavnost ..... <sup>1</sup>  
(koda)

## Napotnica za usmerjeni obdobjni 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):

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

Naslov ..... <sup>1</sup>  
(kraj, ulica, številka, naziv pošte) (poštna številka)

Izobrazba ..... <sup>2</sup>, poklic ..... <sup>3</sup>  
(stopnja od 1–9) (standardna klasifikacija poklicev) (koda)

Zaposlen(a) pri nas od dne <sup>4</sup>, na sedanjem delovnem mestu ..... <sup>4</sup>  
D D M M L L (naziv delovnega mesta) (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: .....

.....

....., dne   
(kraj) 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 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 usmerjenem obdobjem ali drugem usmerjenem preventivnem zdravstvenem pregledu

....., rojen(a) 

D	D	M	M	L	L	L	L

(priimek, deklinški priimek in ime)

ki opravlja delo ..... je bil(a) na pregledu dne 

D	D	M	M	L	L	L	L

(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 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	L	L

(kraj)

žig

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



