

Naziv in sedež izvajalca medicine dela .....

Št. zdravniškega spričevala .....

## Zdravniško spričevalo

z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev po opravljenem zdravstvenem pregledu

....., rojen(a)  
D D M M L L

(priimek, deklinški priimek in ime)

ki opravlja/bo opravljal 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 opravilo 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 in strokovne podlage izvajalca medicine dela
  - 6.2 ni bilo mogoče pridobiti potrebne medicinske dokumentacije,
  - 6.3 ni opravil(a) vseh pregledov in preiskav,
  - 6.4 ni končano zdravljenje,
  - 6.5 ni končana rehabilitacija.

Predlagani ukrepi na področju varnosti in zdravja pri delu:.....  
.....  
.....

Razlogi za določitev krajšega roka za obdobji zdravstveni

pregled:.....  
.....  
.....

Pravni pouk: Delavec in delodajalec imata pravico zahtevati presojo ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju po opravljenem preventivnem zdravstvenem pregledu pri posebni zdravniški komisiji. Zahtevo lahko vložita v 15 dneh po

prejemu ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju. Sedež komisije je pri Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa, Grablovičeva ulica 42, 1000 Ljubljana.

....., dne 

D	D	M	M	L	L

(kraj)

Žig .....

(žig -in podpis zdravnika)

Osnutek