

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavcev \_\_\_\_\_  
Št. zdravniškega spričevala : \_\_\_\_\_  
Datum izdaje zdrav. spričevala : \_\_\_\_\_  
D D M M L L

Priloga IVb.

## ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO Z OCENO IZPOLNJEVANJA POSEBNIH ZDRAVSTVENIH ZAHTEV

Po opravljenem: \_\_\_\_\_  
Usmerjenem obdobjnem preventivnem zdravstvenem pregledu  
pri \_\_\_\_\_, roj. : \_\_\_\_\_  
(priimek, deklinški priimek in ime) D D M M L L

ki opravlja delo \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : bil(a) na pregledu dne : \_\_\_\_\_  
naziv delovnega mesta koda D D M M L L

podajamo naslednjo oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem procesu : \_\_\_\_\_

1. izpolnjuje
2. izpolnjuje z naslednjimi omejitvami: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. začasno ne izpolnjuje (predvideno trajanje v dnevih in razlogi) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. trajno ne izpolnjuje za svoje delo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. predlagano drugo delo (opredeliti delo in eventualne omejitve): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem procesu 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: \_\_\_\_\_  
1 NE  
2 DA (navesti) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne : \_\_\_\_\_  
Kraj D D M M L L

žig

\_\_\_\_\_ (žig in podpis pooblaščenega zdravnika)