OBR. DD-1/A

Številka:.....

# DELOVNA ANAMNEZA / DELODAJALEC

Zavarovanec:....., EMŠO:.....

**1. Navedite vsa delovna mesta, na katera je bil zavarovanec razporejen oz. dela, ki jih je opravljal v času trajanja zaposlitve pri delodajalcu (vpisati le tista delovna mesta, na katera je bil zavarovanec razporejen najmanj 6 mesecev):**

.....

.....

.....

**2. Tarifni razred oz. poklicna skupina v katero je (bil) zavarovanec razporejen:**

.....

Poklicna skupina je niz poklicev, ki so podobni glede na znanje potrebno za opravljanje nalog in dolžnosti (vrsta znanja, zahtevnost, kompleksnost, tarifni razred).

**3. Navedite nazive sistemiziranih delovnih mest (pri delodajalcu) v okviru tarifnega razreda oz. poklicne skupine iz točke 2:**

.....

.....

.....

.....

**4. Delovna mesta v okviru poklicne skupine, ki ustrezajo zavarovančevi izobrazbi, delovnim izkušnjam in dodatni usposobljenosti (** za posamezno delovno mesto navedite kratek opis, zahteve in obremenitve na teh delih ter priložite izjavo o varnosti z oceno tveganja).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Mnenje delodajalca:**

5.1 Delavec je bil ustrezno usposobljen za izvajanje del in nalog, ki jih je opravljal: a) da b) ne

5.2 Delavec se je udeleževal vseh usposabljanj, ki jih je delodajalec organiziral: a) da b) ne

5.3 Odnos delavca do dela se je zaradi njegove bolezni spremenil: a) ne b) da (opišite) .....

.....

5.4 Odnos delavca do sodelavcev se je zaradi posledic njegove bolezni/poškodbe spremenil: a) da b) ne

.....

5.5 Delavec je pred nastopom bolezni dosegal normo oz. izpolnjeval delovne naloge in opravila v celoti:

a) da b) ne

5.6 Delavčeva učinkovitost pri opravljanju del in nalog se je zaradi posledic bolezni/poškodbe v zadnjih 6 mesecih zmanjšala za ..... (navedite v % od 0 do 100)

5.7 Delodajalec je zaradi posledic zavarovančeve bolezni/poškodbe:

a) reorganiziral delovni proces.....

b) prilagodil delovni prostor in delovno mesto.....

c) izvedel različne oblike usposabljanja.....

d) drugo.....

5.8 Pri iskanju rešitev za delavca se je delodajalec povezoval z inštitucijami s področja :

a) medicine dela
b) zaposlovanja
c) izobraževanja
d) poklicne rehabilitacije
e) drugo.....
f) ni iskal povezav z zunanjimi inštitucijami

5.9 Premestitev na druga delovna mesta pri delodajalcu, v primeru, če bi delavec za to delo bil dodatno usposobljen:

a) možna..... (navedite nazive delovnih mest)

.....

.....

b) ni možna..... (obrazložitev):

.....

.....

5.10 Dodatni ukrepi, ki bi jih bilo potrebno izvesti za premestitev ( vrsto, obseg in način izvedbe):

a) prilagoditev delovnih prostorov in delovnih sredstev .....

.....

b) prilagoditev delovnega mesta z ustreznimi tehničnimi pripomočki.....

.....

.....

c) poklicna rehabilitacija – usposabljanje s praktičnim delom na delovnem mestu, izobraževanje, izobraževanje ob delu

.....

.....

d) drugo .....

.....

e) za premestitev na navedena delovna mesta ni potrebno izvesti dodatnih ukrepov

**6. Povzetek ( dodatne pripombe k posameznim točkam) in predlogi delodajalca:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: .....

Delodajalec:

.....

Strokovni delavec: Pooblaščeni zdravnik:

..... .....