

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavcev .....

Št. zdravniškega spričevala .....

## Zdravniško spričevalo

**z oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev  
po opravljenem predhodnem preventivnem zdravstvenem pregledu**

....., rojen(a) 

D	D	M	M	L	L		

,  
(priimek, deklinski priimek in ime)

ki bo opravljal(a) delo ..... 


 je bil(a) na pregledu dne 

D	D	M	M	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		

(kraj)

žig

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