

Priloga 2

.....
Zdravstveni zavod in sedež
Health organization and domicile

**ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO
PHYSICAL EXAMINATION REPORT**

Pomorščak (ime in priimek):..... očetovo ime:.....
Seafarer (Name and Surname) Father's name

Rojen dne v država
Date of birth Place of birth Country

Po poklicu
Duty

Vid: ostrina vida brez očal:	levo oko	desno oko
vision without glasses:	left eye	right eye
Vid: ostrina vida z očali:	levo oko.....	desno oko
vision with glasses:	left eye	right eye
Barvni vid		
Color test		
Vidno polje		
Vision range		

Sluh:	levo uho	desno uho.....
hearing	left ear	right ear

Govorne sposobnosti
Speech

Krvna skupina:	Rh faktor
Blood type	Rh factor

Pomorščak je zmožen:/ni zmožen:
Seafarer fit for unfit

- a) krovno službo Deck duty
- b) strojno službo Engine duty
- c) splošno službo General duty

Omejitve:
Restrictions

Način kompenzacije:
compensation

V, dne
Place of issue Date of issue

.....
Podpis pomorščaka
Signature of applicant

.....
Pooblaščen zdravnik
Authorized physician

Žig zdravstvenega zavoda
Stamp of Health Organization

Kopija/Copy:

1. Pomorščak/Seafarer
2. Ladjar/Company file
3. Uprava RS za pomorstvo/Slovenian Maritime Directorate