

### Priloga 3

Naziv in sedež izvajalca zdravstvenega varstva delavca: \_\_\_\_\_

Št. zdravniškega spričevala \_\_\_\_\_

## ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO

za oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev

- po opravljenem rednem pregledu  
 po opravljenem izrednem pregledu

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Datum rojstva 

D	D	M	M	L	L	L	L	L	L

, kraj rojstva \_\_\_\_\_

ki bo opravljal(a) delo \_\_\_\_\_, koda 

--	--	--	--	--

 (naziv delovnega mesta)

je bil(a) pregledan(a) dne 

D	D	M	M	L	L	L	L	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 naslednje delovno mesto:

\_\_\_\_\_

4. Trajno ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za naslednje delovno mesto:

\_\_\_\_\_

5. Predlagano drugo delo (opredeliti delo in morebitne omejitve):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Ocene izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delovno mesto ne morem dati, 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne 

D	D	M	M	L	L	L	L

žig

(podpis pooblaščenega zdravnika)

POJASNILO:

\* Koda, ki jo za delovno mesto uporablja delodajalec