

Priloga 6

OBRAZEC STANDARDNEGA ZDRAVNIŠKEGA IZVIDA

OBRAZEC ZDRAVNIŠKEGA IZVIDA ZA POMORŠČAKE
REPUBLIKA SLOVENIJA

Ta zdravniški izvid se uporablja v primerih bolezni ali poškodb pomorščakov. Izpolni ga zdravnik ali poveljnik ladje in zdravnik v bolnišnici ali na kopnem.

Z zdravstvenimi podatki se mora ravnati v skladu s predpisi o varstvu podatkov v Republiki Sloveniji.

Kopije tega obrazca morajo biti na voljo za:

- pomorščakovo zdravstveno evidenco,
- zdravnika/poveljnika ladje,
- zdravnika v bolnišnici ali na kopnem.

Izpolni zdravnik/poveljnik ladje

PODATKI O BOLNIKU

Ime: _____

Datum rojstva: _____

Državljanstvo: _____ Številka osebnega dokumenta: _____

Položaj na ladji: _____

PODROBNOSTI O BOLEZNI/POŠKODBI

Poškodba/bolezen (obkrožite)

Datum in kraj nastopa nastale bolezni/poškodbe: _____

Podrobnosti o bolezni/poškodbi (simptomi, ugotovitve ...):* _____

Zdravljenje na ladji in stanje bolnika po zdravljenju:* _____

*po potrebi priložite priloge

Potrebna zdravniška pomoč na daljavo:DA/NE
(obkrožite)

Datum in ura prvega stika z zdravstvenim svetovalcem: _____

Ime zdravstvenega svetovalca: _____

Prejeta zdravniška pomoč: _____

Potrebno zdravljenje na kopnem:DA/NE
(obkrožite)

Datum: _____

Polno ime in podpis zdravnika/poveljnika ladje: _____

PODATKI O LADJI

Ime ladje: _____

Lastnik ladje: _____

Ime, naslov in tel. številka predstavnika/agenta ladje na kopnem: _____

Izpolni zdravnik v bolnišnici ali na kopnem

Diagnoza: _____

Podrobnosti opravljenih pregledov/preiskav in zdravljenja:* _____

Predpisana zdravila (generična imena zdravil, odmerki in način uporabe):* _____

Druga predpisana zdravljenja:* _____

Potreben počitek v postelji: DA/NE (obkrožite) Če je odgovor DA, kako dolgo (dni, tednov): _____

Je bolezen nalezljiva?*: DA/NE (obkrožite)**V primeru izrednih razmer mednarodnih razsežnosti na področju javnega zdravja upoštevati Mednarodni zdravstveni pravilnik:****http://www.who.int/topics/international_health_regulations/en/**

Previdnostni ukrepi, ki jih je treba upoštevati na ladji glede zdravstvenega statusa:* _____

Predvideno trajanje bolezni ali nezmožnosti? _____

Druge ugotovitve zdravnika, ki je opravil pregled: _____

*po potrebi priložite vso zdravstveno dokumentacijo

Bolnišnično zdravljenje priporočeno:DA/NE
(obkrožite)Napotitev k specialistu:DA/NE
(obkrožite)

Če je odgovor DA, kdaj je potrebna napotitev in h kateremu specialistu: _____

Repatriacija priporočena:DA/NE
(obkrožite)Če je odgovor DA, zračni prevoz priporočen:DA/NE
(obkrožite)

Če je odgovor DA, ali se priporoča spremstvo bolnika: DA/NE (obkrožite)

Zmožnost za delo☐

Trenutno zmožen za običajno delo: ...DA/NE (obkrožite)

Zmožen za običajno delo od: _____ (navedite datum)

Zmožen za omejeno delo:DA/NE (obkrožite) opredelite: _____

Nezmožen za delo:DA/NE (obkrožite) Če je odgovor DA, kako dolgo (dni, tednov): _____

Polno ime zdravnika (zapisano z velikimi tiskanimi črkami ali žigosano) _____

Položaj: _____

Naslov: _____ Tel. št.: _____

Kraj: _____ Datum: _____

Podpis zdravnika

MEDICAL REPORT FORM FOR SEAFARERS
REPUBLIC OF SLOVENIA

This medical report is used in cases of illness or injury of the seafarer. It is completed by ship's doctor or master and hospital or doctor ashore.

Medical information must be treated under the regulations on data protection in Republic of Slovenia.

Copies of this form must be available for:

- The seafarer's medical record,
- Ship's doctor/ship's master,
- Hospital doctor or doctor ashore.

For completion by ship's doctor/ship's master

PATIENT'S DATA

Name: _____

Date of Birth: _____

Nationality: _____ Identity document number: _____

Shipboard position: _____

DETAILS OF ILLNESS/INJURY

Illness / injury (please circle)

Date and place of onset of illness/injury occurred: _____

Details of illness/injury (symptoms, findings...)*: _____

Treatment received on ship and condition of patient after treatment*:

*enclose attachments if necessary

Remote medical advice required: YES / NO
(please circle)

Day and time of the first contact with medical advisor: _____

Name of medical advisor: _____

Medical advice received: _____

Shore treatment required: YES / NO
(please circle)

Date: _____

Ship's doctor/ship's master full name and signature:

DATA CONCERNING SHIP

Name of ship: _____

Ship owner: _____

Name, address and tel. number of ship's representative/agent on shore: _____

For completion by hospital doctor or doctor on shore

Diagnosis: _____

Details of performed examinations/tests and treatments received*: _____

Prescribed drugs (generic names of drugs, dosage and route of administration)*: _____

Other prescribed treatments*: _____

Bed rest necessary: YES / NO (please circle) If YES, how long (days, weeks): _____

**Is the illness infectious*?:YES / NO
(please circle)****In case of public health emergency of international concern, taking into account International Health Regulations; http://www.who.int/topics/international_health_regulations/en/**

Precautions to be taken on ship regarding the health status*: _____

Estimated duration of illness or incapacity? _____

Other observations of the examining doctor: _____

*enclose full medical documentation if necessary

Hospitalization recommended:YES / NO
(please circle)Referral to specialist:YES /
NO (please circle)

If YES, when the referral is needed and to which specialist: _____

Repatriation recommended:YES / NO
(please circle)If YES, air transport recommended:YES / NO
(please circle)

If YES, is it recommended that the patient be accompanied: YES / NO (please circle)

Fitness for work☐

Fit for normal work now: ...YES / NO (please circle)

Fit for normal work from: _____ (indicate date)

Fit for restricted work:YES / NO (please circle) specify: _____

Unfit for work:YES / NO (please circle) If YES, how long (days, weeks): _____

Full name of Doctor (in capital letters written or stamped) _____

Position: _____

Address: _____ Tel. no _____

Place: _____ Date: _____

Signature of doctor _____