

Priloga 3

OBRAZEC ZA ZDRAVNIŠKI PREGLED POMORŠČAKA

(obrazec ostane v zdravstveni dokumentaciji pomorščaka, ki jo vodi pooblaščen zdravnik)

Pomorščak (ime in priimek): _____

Datum rojstva (dan/mesec/leto) ____/____/____ Spol: ☐ moški ☐ ženska

Državljanstvo: _____

Področje dela (služba):

☐ krovna ☐ strojna ☐ radijska ☐ priprava hrane ☐ ostalo _____

VID

Ali pri pregledu pomorščak uporablja očala ali kontaktne leče? DA / NE

(če da; kateri pripomoček uporablja in za katero refrakcijsko motnjo) _____

OSTRINA VIDA

	Brez pripomočka			S pripomočkom		
	Desno oko	Levo oko	Binokularno	Desno oko	Levo oko	Binokularno
Na daleč						
Na blizu						

VIDNO POLJE

	Normalno	Ni normalno
Desno oko		
Levo oko		

BARVNI VID

☐ ni testiran ☐ normalen ☐ dvomljiv rezultat ☐ spremenjen

SLUH

	Audiometrija (mejne vrednosti izražene v dB)			
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz
Desno uho				
Levo uho				

OCENA SLUHA S ŠEPETOM IN NORMALNIM GOVOROM

	Šepet	Normalen govor
Desno uho		
Levo uho		

KLINIČNI PREGLED

Višina (cm): _____ Teža (kg): _____

Pulz: _____ / minuto Ritem: _____

Krvni pritisk: sistolični: _____ (mm Hg), diastolični: _____ (mm Hg)

Urin: sladkor: _____ beljakovine: _____ kri : _____

	BREZ POSEBNOSTI	SPREMEMBE (po potrebi kratek opis)
Splošni status		
Glava		
Sinusi, nos, grlo		
Usta, zobje		
Ušesa (inspekcija)		
Bobniči		
Oči (inspekcija)		
Očesno ozadje		
Zenice		
Gibi oči		
Prsni koš in pljuča		
Srce		
Koža		
Vene		
Periferni pulzi		
Trebuh in gastrointestinalni trakt		
Urogenitalni trakt		
Zgornji in spodnji udi		
Hrbtenica		
Nevrološki pregled (celoten / kratek)		
Psihično stanje		

Rentgensko slikanje prsnega koša: ☐ ni bilo opravljeno ☐ opravljeno dne (dan/mesec/leto): ____/____/____

Rezultat: _____

Ostali diagnostični testi oziroma preiskave in njihovi rezultati:

Diagnostični test	Rezultat

Ocena zmožnosti za delo, razlogi omejitev in dodatni komentarji pooblaščenega zdravnika:

Na podlagi vprašalnika, kliničnega pregleda in opravljenih preiskav ugotavljam, da pregledovanec:

☐ **JE** ☐ **NI ZMOŽEN ZA LADIJSKO STRAŽARJENJE**

☐ **JE** ☐ **NI ZMOŽEN ZA** _____
(področje dela)

☐ **BREZ OMEJITEV** ☐ **Z NASLEDNJI OMEJITVAMI** _____

(omejitve glede tipa ladje, področja dela, kategorije plovbe, ...)

☐ **NE POTREBUJE** ☐ **POTREBUJE NASLEDNJI PRIPOMOČEK ZA VID**

Datum zdravstvenega pregleda (dan/mesec/leto): _____

Zdravniško spričevalo velja do (dan/mesec/leto): _____

Zdravstveni pregled, na podlagi katerega je bilo izdano zdravniško spričevalo je opravil:

(ime in priimek pooblaščenega zdravnika, njegov podpis in žig)
