
(служба медицине рада)_____
(датум прегледа)_____
(седиште)_____
(број амбулантног протокола)_____
(број здравственог картона)**ИЗВЕШТАЈ О ИЗВРШЕНОМ ПЕРИОДИЧНОМ ЛЕКАРСКОМ ПРЕГЛЕДУ ЗАПОСЛЕНОГ**

На основу упута за периодични/контролни преглед број _____ од ___ године, извршен је преглед _____ , _____ ,
(име, очево име и презиме) (ЈМБГ)
рођен(а) _____ године, по занимању _____ ,
(назив занимања)
који(а) ради на радном месту _____ .
(назив радног места)

На основу извршених прегледа у складу са Правилником о претходним и периодичним лекарским прегледима запослених, даје се

ОЦЕНА

Да је _____
(име и презиме)

здравствено способан(а), способан(а) са ограничењем

није способан(а) за рад на радном месту _____
(назив радног места)

Контролни преглед:

1. Да (унети рок за контролни преглед) _____.
2. Не.

Оцену дао

(Место и датум)_____
(име и презиме специјалисте медицине рада)