Образац 3

_____ (служба медицине рада)

_____ (седиште)

_____ (датум прегледа)

_____ (број амбулантног протокола)

_____ (број здравственог картона)

ИЗВЕШТАЈ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕТХОДНОМ ЛЕКАРСКОМ ПРЕГЛЕДУ ЗАПОСЛЕНОГ

На основу упута за претходни 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 на радном месту са повећаним ризиком, даје се

ОЦЕНА

Да је _____здравствено способан(а)-није способан(а) за рад на радном
(име и презиме)
_____, односно да код именованог(е) НЕ ПОСТОЈЕ-ПОСТОЈЕ
(назив радног места)
патолошка стања, која не представљају – представљају контраиндикацију за рад.

_____ (место)

_____ (датум)

Оцену дао

_____ (име и презиме специјалисте медицине рада)

(М.П.)