

Tervise- ja tööministri 15.12.2022 määrus nr 87
„Töötervishoiuteenuse osutamise kord“ Lisa 1

Поставщик медицинских услуг:

Meliva AS

Rävala pst 5, Tallinn 10143

+372 605 1500

Номер разрешения на деятельность L03823

КАРТА ПРОВЕРКИ ЗДОРОВЬЯ

I ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Имя Фамилия

Личный код

Место жительства

Телефон Э-почта

Должность

Работодатель, адрес

Опасные факторы, на основе которых проводится медицинский осмотр

Характер работы.....

Прошлые работодатели

Работодатель	Должность	Длительность трудовых отношений	Факторы риска, связанные с работой

II ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКА

Болели ли Вы ранее или в настоящий момент каким-либо из перечисленных заболеваний:	НЕТ	ДА	Уточнение
легочные заболевания			
туберкулез			
заболевания сердечно-сосудистой системы			
повышенное давление			
аллергические заболевания			
заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе язвы,			
желчнокаменная болезнь			
заболевания почек и мочевыводящих путей			
сахарный диабет			
воспаления суставов			
воспаления нервов			

Болели ли Вы ранее или в настоящий момент каким-либо из перечисленных заболеваний:	НЕТ	ДА	Уточнение
переломы костей и прочие травмы			
приступы потери сознания, эпилепсия, судороги			
нарушения психики			
заболевания ушей			
хронический насморк, воспаление лобных или придаточных пазух			
заболевания глаз			
прочие заболевания			
Применяете ли Вы постоянно какие-либо лекарственные препараты?			
Были ли Вы в течение последнего года больны и/или находились на больничном листе?			
Есть ли у вас такие проблемы со здоровьем, которые Вы связываете с выполнением своих профессиональных обязанностей или рабочей средой?			
Были ли Вам ранее при проверке состояния здоровья установлены ограничения по выполнению своих профессиональных обязанностей?			

Подтверждаю правильность данных.

Подпись работника: Дата:

III Результаты медицинских исследований

.....

.....

IV Решения и рекомендации врача по охране труда

Оценка состояния здоровья работника:

.....

.....

Решение о соответствии условий труда или организации работы для работника
(подходит для работы / не подходит для работы / подходит для работы с определёнными ограничениями или дополнительными условиями)

.....

.....

Рекомендации работодателю по изменению условий труда или организации работы, а также по укреплению здоровья работника:

.....

.....

Рекомендации работнику:

.....
.....

Дата следующего медицинского осмотра:

Обоснование (заполняется, если срок следующего медицинского осмотра назначается менее чем три года или один год для несовершеннолетнего)

Фамилия и имя врача по охране труда:

Код врача по охране труда:

Телефон:

Электронная почта:

Подпись врача по охране труда: Дата:

Я ознакомлен(а) с результатами медицинского осмотра.

Подпись работника: Дата: