

\_\_\_\_\_  
(naziv poslodavca)

\_\_\_\_\_  
(adresa)

\_\_\_\_\_  
(broj protokola)

**UPUTNICA  
ZA OBAVLJANJE PRETHODNOG LJEKARSKOG PREGLEDA**

Radi ocjene zdravstvenog stanja i psihofizičkih sposobnosti za obavljanje poslova radnog mjesta \_\_\_\_\_ (naziv radnog mjesta), koje je internim aktom o zaštiti na radu poslodavca \_\_\_\_\_ (naziv poslodavca), utvrđeno kao radno mjesto sa povećanim rizikom, \_\_\_\_\_ (ime, ime oca, prezime), \_\_\_\_\_ (jedinstveni matični broj), po zanimanju \_\_\_\_\_ (naziv zanimanja), upućuje se na prethodni lješkarski pregled.

Kratak opis poslova na radnom mjestu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uslovi koji su u pogledu zdravstvenog stanja i psihofizičke sposobnosti utvrđeni internim aktom o zaštiti na radu, a koje radnik mora ispunjavati za obavljanje poslova radnog mjesta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procijenjeni rizici na radnom mjestu (opasnosti i štetnosti sa izmjerenim vrijednostima):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Mjesto i datum)

M.P.

\_\_\_\_\_  
(potpis ovlaštene osobe)

Prilog: Izvod iz medicinske dokumentacije

\_\_\_\_\_  
(ovlaštena zdravstvena ustanova)

\_\_\_\_\_  
(datum pregleda)

\_\_\_\_\_  
(odjeljenje – služba medicine rada)

\_\_\_\_\_  
(broj protokola)

\_\_\_\_\_  
(sjedište)

\_\_\_\_\_  
(broj zdravstvenog kartona)

### IZVJEŠTAJ O IZVRŠENOM PRETHODNOM LJEKARSKOM PREGLEDU

Na osnovu uputnice za obavljanje prethodnog ljekarskog pregleda izdate od strane poslodavca \_\_\_\_\_ (naziv poslodavca), \_\_\_\_\_ (broj i datum), izvršen je prethodni ljekarski pregled \_\_\_\_\_ (ime, ime oca i prezime), \_\_\_\_\_ (jedinствени матични број), za obavljanje poslova radnog mjesta \_\_\_\_\_ (naziv radnog mjesta).

Na osnovu izvršenih pregleda u skladu sa Pravilnikom o postupku raspoređivanja radnika na poslove sa povećanim rizikom i o postupku prethodnih i periodičnih ljekarskih pregleda radnika koji obavljaju poslove sa povećanim rizikom, izdaje se

### LJEKARSKO UVJERENJE

\_\_\_\_\_ (ime, očevo ime i prezime) ispunjava / ne ispunjava zdravstvene i psihofizičke uslove za rad na radnom mjestu \_\_\_\_\_ (naziv radnog mjesta), odnosno kod imenovan-og/e ne postoje / postoje patološka stanja koja ne predstavljaju / predstavljaju kontraindikaciju za rad i da kod imenovan-og/e ne postoje / postoje oštećenja zdravlja uzrokovana profesionalnim rizicima.

\_\_\_\_\_  
(Mjesto i datum)

M.P.

\_\_\_\_\_  
(specijalista medicine rada)

\_\_\_\_\_  
(naziv poslodavca)

\_\_\_\_\_  
(adresa)

\_\_\_\_\_  
(broj protokola)

**UPUTNICA  
ZA OBAVLJANJE PERIODIČNOG LJEŠKARSKOG PREGLEDA**

Radi praćenja i ocjenjivanja zdravstvenog stanja radnika raspoređenog na poslovima sa povećanim rizikom i utvrđivanja da li je došlo do promjena u zdravstvenom stanju i psihofizičkim sposobnostima radnika, za obavljanje poslova radnog mjesta \_\_\_\_\_ (naziv radnog mjesta), koje je internim aktom o zaštiti na radu poslodavca \_\_\_\_\_ (naziv poslodavca), utvrđeno kao radno mjesto sa povećanim rizikom, \_\_\_\_\_ (ime, ime oca, prezime), \_\_\_\_\_ (jedinstveni matični broj), po zanimanju \_\_\_\_\_ (naziv zanimanja), upućuje se na periodični lješkarski pregled. Pri prethodnom – periodičnom lješkarskom pregledu obavljenom \_\_\_\_\_ (dan, mjesec i godina), u ovlaštenoj zdravstvenoj ustanovi \_\_\_\_\_ (naziv zdravstvene ustanove), utvrđeno je \_\_\_\_\_ (ocjena zdravstvenog stanja).

Kratak opis poslova na radnom mjestu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uslovi koji su u pogledu zdravstvenog stanja i psihofizičke sposobnosti utvrđeni internim aktom o zaštiti na radu, a koje radnik mora ispunjavati za obavljanje poslova radnog mjesta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Procijenjeni rizici na radnom mjestu (opasnosti i štetnosti sa izmjerenim vrijednostima):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Mjesto i datum)

M.P.

\_\_\_\_\_  
(potpis ovlaštene osobe)

\_\_\_\_\_  
(ovlaštena zdravstvena ustanova)

\_\_\_\_\_  
(datum pregleda)

\_\_\_\_\_  
(odjeljenje – služba medicine rada)

\_\_\_\_\_  
(broj protokola)

\_\_\_\_\_  
(sjedište)

\_\_\_\_\_  
(broj zdravstvenog kartona)

### IZVJEŠTAJ O IZVRŠENOM PERIODIČNOM LJEKARSKOM PREGLEDU

Na osnovu uputnice za obavljanje periodičnog ljezarskog pregleda izdate od strane poslodavca \_\_\_\_\_ (naziv poslodavca), \_\_\_\_\_ (broj i datum), izvršen je periodični ljezarski pregled \_\_\_\_\_ (ime, ime oca i prezime), \_\_\_\_\_ (jedinstveni matični broj), za obavljanje poslova radnog mjesta \_\_\_\_\_ (naziv radnog mjesta).

Na osnovu izvršenih pregleda u skladu sa Pravilnikom o postupku raspoređivanja radnika na poslove sa povećanim rizikom i o postupku prethodnih i periodičnih ljezarskih pregleda radnika koji obavljaju poslove sa povećanim rizikom, izdaje se

### O C J E N A

\_\_\_\_\_ (ime, očevo ime i prezime), ispunjava (sposoban i sposoban uz kontrolu) / ne ispunjava zdravstvene i psihofizičke uslove za rad na radnom mjestu (privremeno nesposoban, dodatno ispitivanje, ograničeno sposoban) \_\_\_\_\_ (naziv radnog mjesta), odnosno kod imenovan-og/e ne postoje / postoje patološka stanja koja ne predstavljaju / predstavljaju kontraindikaciju za dalji rad i da kod imenovan-og/e ne postoje / postoje oštećenja zdravlja uzrokovana profesionalnim rizicima.

\_\_\_\_\_  
(Mjesto i datum)

M.P.

\_\_\_\_\_  
(specijalista medicine rada)